Nr. 22. 29. maja 1927. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Wątroba i układ nerwowy a patologja przemiany białkowej, purynowej, gospodarki wodnej ustroju i funkcji wdzielniczych.

IV. część tematu: Wątroba a układ nerwowy.

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

III.

Ponieważ zmierzam obecnie do omówienia dalszych czynności wątroby, opiszę pokrótce udział jej w gospodarstwie wodnem organizmu.

O znaczeniu wątroby w odniesieniu do cholesteryny, mówiłem już w jednej z prac poprzednich. Rola tego gruczołu w przesunięciach składników mineralnych związana jest ściśle z oddziaływaniem jego na system wegetatywny, warunkujący ze swej strony powszechnie znany ruch względnie odczepianie czynnych jonów (K·, Ca··, Mg··, H·, OH‘ i i.). Odtruwające (detoksykacyjne) działanie wątroby jest oddawna stwierdzone i wiąże się z wydalaniem szkodliwych substancyj przez żółć, z wpływem na gospodarkę cholesterynową oraz z procesami syntezy[9]) względnie utleniania. Praca narządu dotycząca zjawisk odpornościowych ma łączność 1) z gospodarką cholesterynową, 2) z rolą wątrobowych elementów układu siateczkowo-śródbłonkowego w odniesieniu do lipoidów, i 3) z ogólnem działaniem fizykochemicznem. Anafilaksja, ściśle związana z czynnościami wegetatywnemi[10]) nie jest też bez związku z wątrobą. Stosunek tej ostatniej do układu krwiotwórczego schodzi się z jej udziałem w funkcji systemu retikulo-endotelialnego i był pośrednio omówiony w jednej z mych prac poprzednich. Należy więc jeszcze określić stosunek tego organu do gospodarki wodnej. Wątroba wpływa na gospodarkę wodną w trojaki sposób:

1) przez działanie na koloidy,

2) przez wytwarzanie ciał wywołujących ruch H_2O,

3) przez przesuwanie prądu wody ustrojowej z układu krwionośnego do limfatycznego.

Wszystkie te mechanizmy omówię kolejno.

1.

Koloidy są ciałami o bardzo rozmaitem powinowactwie do wody. W punkcie izoelektrycznym mają to powinowactwo najmniejsze, jako jony chłoną wodę znacznie lepiej a niektóre pęczniejąc trzymają ją nader mocno. Prócz natury samego koloidu, wchodzi tu w grę i skłonność jego do sprzęgania się z innemi ciałami np. ze solami w związki drobinowe, przyciągające wodę całkiem odmiennie od samego koloidu.

Różnice w zachowaniu się tych różnych ciał zależą od ustosunkowania się jonów. Jest faktem, że nadmiar H·, obfitość K· i niektóre anjony ułatwiają pęczliwość, katjony zaś wapnia są odpęczniające. Jeżeli czynnościowo niewydolna wątroba przepuści do ogólnego krążenia wessane z przewodu pokarmowego fragmenty obcego białka i podrażni tą drogą układ parasympatyczny, to zajdą zaraz wkrewnie wywołane warunki dla wzrostu zatrzymania wody przez odpowiedni wpływ ugrupowania jonów tkankowych na koloidy — jeżeli dostanie się do obiegu krwi sympatykomimetyczny inkret wątroby, zmieni się zjawisko na przeciwne.

Oscylacje wdzielnicze i dotyczące proteopeksji wątrobowej, zawisłe od różnych okoliczności (wpływy nerwowe, inkretoryczne, toksyczne i i.), mają stąd znaczenie przy wahaniach w uwodnieniu tkanek.

2.

Drugą drogą, zdążającą do regulowania ruchu wody ustrojowej przez wątrobę, jest tworzenie ciał o mocnem działaniu na rozmieszczenie płynów w tkankach. Typowym związkiem tego rodzaju jest mocznik.

Wiadomo powszechnie, że są ciała, które wprowadzone obok H_2O do przewodu pokarmowego wywołują, przy małej resorbcji, biegunkę a podane wraz z wodą wprost do krążenia powodują zwiększenie wydzielania moczu. Są tak zwane związki hyotropowe, porywające H_2O i z nią opuszczające ustrój. O ile ciała te, jak np. powyżej wspomniane, wsysają się źle z przewodu pokarmowego, są w odpowiedniej dawce przeczyszczające, o ile tego nie czynią, działają moczopędnie. Do pierwszych należą np. siarkany, do drugich mocznik. Są też związki, które zwiększają przepuszczalność filtra nerkowego. Mogą to być sole upęczniające koloidy nerkowe i powiększające przez to pory nerkowego sączka, mogą też mieć w swem działaniu coś swoistego. Mocznik należy do ostatnich.

Wiadomo, że rozszerzenie naczyń nerkowych może przy odpowiednio wysokiem ciśnieniu krwi powodować wzrost ilości moczu, wiemy wreszcie, że są ciała czynnie pobudzające nerki, jako gruczoły, do wydzielniczej pracy. Mocznik należy do tych obu poddziałów. Jest to więc ciało moczopędne takiego typu, na jaki trudno zresztą natknąć w ustroju — nic też dziwnego, że nazwa tej substancji mieniąca ją moczopędnym hormonem (Starling) ma rację bytu.

Mocznik jest, obok wody CO_2 i kwasu siarkowego, ostatecznym wytworem spalenia rodzimego białka. Przyczyna tego zjawiska jest jasna. Jeżeli grupa atomów zawarta w białku a mająca w sobie azot, ulegnie spaleniu, to przeważna część jej pierwiastków zjawia się jako związek z tlenem, wodór jako woda, węgiel jako CO_2, siarka jako SO_3. Ostatnie dwa bezwodniki a zwłaszcza drugi, tworzą zaraz wobec wody odpowiednie kwasy i jako takie wiążą zasady ustroju. Jedynym wyjątkiem jest tutaj azot. Pierwiastek ten niema odpowiedniego powinowactwa do tlenu, by mógł przemódz swoją łączność z wodorem, uchodzi przeto nie jako tlenek, ale w postaci amoniaku. Amoniak nasyca współcześnie powstający kwas węglowy a powstała sól ulega dopiero procesom odwodnienia. Pierwszym etapem tego jest karbaminian amonowy (Nencki, Schultzen), a drugim mocznik. Zamiast dwóch wagotonicznych kationów amonu i anjonu węglanowego, zjawia się jedna nierozszczepiona drobina mocznika obok dwu cząsteczek wody a więc ciała fizykochemicznie i biologicznie zgoła odmienne.

Kwestja miejsca tworzenia się mocznika jest obecnie rozstrzygnięta. Sztuczne utlenienie białka wytwarza minimalne tylko ilości $CO(NH_2)_2$ (Drechsel), do sprawnego tworzenia tej substancji trzeba koniecznie odpowiednich reakcyj biologicznych. Procesy mocznikowo-twórcze stwierdzono doświadczalnie w wątrobie, a Richet wykrył nawet odpowiedni jej zaczyn. Źródłem dla tworzenia $CO(NH_2)_2$ są według tych badań aminokwasy (Nencki, Salkowski, Knierem i i.), sole amonowe kwasu węglowego oraz kwasów, które mogą w ustroju przejść w kw. węglowy[11]) (Coranda, J. Munk, Schmiedeberg, Salkowski) jakoteż karbaminian amonowy (Drechsel). Zwierzęta z przetoką Ecka ulegają zatruciu przez ten ostatni, normalne znoszą go bez szkody (Hahn, Nencki, Pawłow). Wprowadzenie tego ciała do krwi, wywołuje objawy prawie identyczne z intoksykacją po podaniu substancji przez przewód pokarmowy u zwierząt z przetoką Ecka. Dowody tworzenia się mocznika w wątrobie są liczne i niezbite, są też jednak i dane przemawiające za tem, iż ciało to może się tworzyć i poza wątrobą.

Szereg autorów (Nencki, Salaskin, Zaleski, Hahn, Pawłow i i.) wykazał doświadczalnie możliwość tworzenia mocznika po wyłączeniu wątroby z krążenia a Kaufmannowi udało się nawet wykazać wzrost ilości tego ciała po równoczesnem wyłączeniu wątroby i nerek. Münzer, Gumlich, Stadelmann, Weintraud, Fränkel i i. doszli przy badaniu

---

[9]) Upośledzenie sprawności wątroby odbija się na syntetycznej jej pracy. Stejskal i Grünwald wykazali polarymetrycznie a Chiray i Caille kolorymetrycznie, że kwas kamforoglukoronowy pojawia się po 5 gr 20% oleju kamforowego później u osób z niewydolną wątrobą aniżeli u zdrowych. Wedle spostrzeżeń Rocha zjawia się w przypadkach niedomogi wątroby w 5 godzin po podaniu 0·04 gr. salicylanu sodowego (w godz. po śniadaniu) fiołkowy odczyn z $FeCl_3$ w moczu. U zdrowych niema go. Lepehene odnosi się do tej próby krytycznie.

[10]) Przedmiot ten opracował w ostatnim czasie J. Jankowski, uwzględniając w swej pracy pokaźne piśmiennictwo dotyczące tego problemu.

[11]) Hétényi wykazał, że człowiek zdrowy wydala podany cytrynian amonowy w ciągu 24 godzin w całości jako mocznik. Niewydolna wątroba wywołuje opóźnienie tego wydalania.

patologicznych stanów, jak marskość, zanik i fosforowe zatrucie wątroby, do przekonania, iż schorzenia te zmniejszają wprawdzie mocno zdolność tworzenia mocznika, ale jej nie obniżają w takim stopniu, jakiby odpowiadał założeniu, że wątroba jedynie ciało to wytwarza.

Z wyników wszystkich badań, dotyczących pochodzenia mocznika, można dziś wyciągnąć wniosek, iż wątroba jest wprawdzie jedną z głównych wytwórni tej substancji ale nie jedyną. Nie obniża to jednak wcale znaczenia jej przy nadawaniu drogą tego ciała odpowiedniego kierunku dla ruchu wody w ustroju. Przy cięższych schorzeniach miąższu wątrobowego u ludzi widzi się obok uderzającej nieraz oligurji, gwałtowny równoczesny spadek dobowej ilości wydalanego mocznika a nierzadko zupełne jego zniknięcie. W jednym przypadku spostrzeganym w lwowskiej klinice chorób wewnętrznych, dotyczącym bardzo ciężkiej hepatargji z zejściem śmiertelnem, spadła dobowa diureza do 65 cm³ a ilość $CO(NH_2)_2$ poniżej 0 8 gr. Nawet zwykłe t. zw. nieżytowe żółtaczki, będące w istocie miernego stopnia zajęciem miąższu wątrobowego (Géronne stwierdzał w tych przypadkach leucynę i tyrozynę w moczu) — przebiegają z wyraźnie zmniejszoną ilością dobową moczu i $CO(NH_2)_2$.

Mocznik może wprawdzie tworzyć się i poza wątrobą (Gottschalk, Nonnenbruch), ale organ ten u człowieka w tak przeważającej ilości to ciało fizjologicznie do krążenia wyrzuca, iż może tą drogą pokaźnie wpływać na diurezę.

Tworzenie mocznika jest składową procesów dyssymilacyjno-oksydacyjnych, towarzyszy oddzielaniu amoniaku, a równocześnie i produktów kwaśnych.

Hasselbach wykazał, że tworzenie NH_3 i dyssymilacja białka w wątrobie są kierowane drogą nerwową. Bodźce dla nich idą z układu współczulnego.

System współczulny podniecając te procesy pobudza temsamem wytwarzanie mocznika, a że równocześnie zwiększa inną drogą rozprószenie koloidów i oswobadza część wody tkankowej, może łatwo, wobec dobrych warunków ciśnienia, zmusić nerkę do wydalania wody. Wątroba stanowi tu pośrednio narzędzie dla wpływów współczulnych na moczenie.

Wpływy te nie są wyłącznie tego rodzaju. Istnieje jeszcze mechanizm, który doprowadza do tego inną drogą. Jest nim system zapor żylnych.

3.

Woda wprowadzona do przewodu pokarmowego ma po wessaniu się dwie drogi przed sobą. Jedna prowadzi do układu limfatycznego, druga do żyły bramnej. Większość wchłoniętej wody uchodzi do ostatniej, musi przejść przez wątrobę, żyły wątrobowe i żyłę próżną dolną do przedsionka prawego serca, gdzie spotyka się z wodą, która dążyła przez przewód piersiowy, lewą żyłę bezimienną i żyłę czczą górną. Doprowadzenie odrazu dużej ilości H_2O drogą pokarmową powoduje przypływ mocnej fali wodnej do układu krwionośnego i powinno wywrzeć swe działanie na serce. Normalnie nie dzieje się to wcale, ale staje się widocznem po usunięciu wątroby. Stolnikow wykazał u zwierząt doświadczalnie, iż w 5—6 godzin po wycięciu tego organu serce bardzo mocno się rozszerza. Hess uważa wprost wątrobę za narząd odciążający serce, chroniący go od nadmiaru pracy, jaką musiałoby pokonywać przy braku tamy wodnej omawianego narządu. Poznanie tego złożonego mechanizmu jest zasługą Mauthnera, Picka, Molitora, Areya, Simmondsa, Roca i Lamsona.

System zapor żylnych, a więc poprostu częściowych zwieraczy światła żył wątrobowych a poniekąd i żyły bramnej, jest podobnie jak współczynny z nim układ zapor w żyłach płucnych złożonym zespołem nerwowo regulowanych narządów, miarkujących mechanicznie ruch wody dopływającej z przewodu pokarmowego. Krwionośne naczynia włosowate wątroby są przepuszczalne i nie trudno zwiększyć tę ich własność (wpływ histaminy (Richard, Dale)), analogicznie do zjawiska spotykanego w skórze przy pokrzywce.

Jeżeli woda przeniknie przez wątrobowe kapilary dostaje się do układu limfatycznego i znajduje tu dwie drogi odpływu, jedna względnie węższa umożliwia szybsze osiągnięcie celu t. j. dostania się do krwi, druga jest szeroko otwarta w rozległe obszary systemu chłonnego, wchodzące w rejon pnia lędźwiowego. Jeżeli nagle wessie się dużo wody z przewodu pokarmowego i natknie na wątrobę, nastaje odruch obronny, zapory żył wątrobowych kurczą się, naczynia wątroby stają się przepuszczalne, całe masy wody wpadają do układu limfatycznego i rozdzieliwszy się w nim na dużej przestrzeni, dokonują przez swój zwrot ochrony serca przed nadmierną pracą. Daleką drogą dążą one do układu naczyniowego i rozdzielają całą swą masę tak umiarowo, iż serce nie odczuwa zupełnie tego, iż w system krwionośny wlało się tyle wody. Aby zabezpieczyć serce lewe przed falą zdążającą doń przewodem piersiowym, przez serce prawe i płuca, nastaje dodatkowo nadczynność zapory żył płucnych i znaczna ilość H_2O grzęźnie w pojemnej tkance międzypęcherzykowej płuc, która jest obok wątroby i tkanki łącznej narządów najpotężniejszą placówką przednercza i może sprawnie odwrócić wieszość fali wodnej zdążającej z serca prawego przez płuca do serca lewego. Cały ten wielce kunsztowny aparat regulacyjny jest wegetatywnie unerwiony i przy jego pomocy może system wegetatywny kierować ruchem wody w ustroju. Jakość bodźców wegetatywnych czynnych przy tej pracy została już poznana. Stwierdzono, że wpływy współczulne rozluźniają układ zapór a parasympatyczne działają pod tym względem przeciwnie. Działanie poszczególnych substancyj jest mimo tej ogólnej zasady dość różnorodne i nierzadko zależy i od fazy. Adrenalina zluźniająca naogół tamy wodne zwęża jednak w I fazie system bramny przy osłabieniu funkcji zapór żył wątrobowych. Pituitryna działa podobnie. Atropina otwiera zapory. Koffeina usuwa przeszkody dla ruchu wody ku sercu rozluźniając żylne zwieracze. Płyny hypertoniczne pomagają osłabianiu tamy. Tarczyca ma dążność do zwiotczania mięśni zaporowych. Bodźce wagotoniczne względnie sympatykoparalityczne działają przeciwnie. Po cholinie i histaminie umacniają się zapory. To samo czynią płyny hypotoniczne. Produkty rozpadu białka o cechach wstrząsorodnych (pepton) wzmacniają mechanizm zaporowy zwłaszcza wobec hypoadrenalinemji. Organiczne związki Hg usuwające t. zw. „rezidualną" wodę tkankową (zawierającą NaCl) są szczególnie czynne przy schorzeniach wątroby i wnęki płuc (Pollitzer, Stolz). Chorobom tym towarzyszy przedrażnienie aparatu zaporowego. Niedomodze wątroby właściwą jest zwiększona przepuszczalność dla obcych fragmentów białkowych, a te podrażniają układ parasympatyczny i potęgują pracę tamy wodnej. Zwierzęta doświadczalne z przetoką Ecka, a więc bez pracy wątrobowych zapor, wydalają wodę prędzej jak normalne, równy zaś patologiczny ubytek czynności proteopektycznej wątroby przy zachowanych tamach zatrzymuje wodę bardzo mocno (żółty zanik wątroby).

Przechodzę do omówienia udziału mechanizmu zaporowego w odczynie hemoklastycznym Widala.

Wiadomo, że przyjęcie pokarmów wywołuje po pewnym czasie wzrost ilości ciałek białych we krwi. Szczyt leukocytozy przypada pomiędzy 3 a 4 godziną po spożyciu posiłku. Zwyżka wynosi, wedle badań Renckiego, średnio ponad 3½ tysiąca ciałek białych w 1 mm³. Szczegółowa analiza zjawiska t. zw. leukocytozy trawiennej, podana przed 26 laty przez wspomnianego autora, określiła dokładnie mechanizm i przyczynę wzrostu leukocytów uzależniając go od pracy aparatu chłonnego tkwiącego w utkaniu adenoidalnem ścian jelita cienkiego i odźwiernikowej części żołądka. Reszta przewodu pokarmowego jest uboższa w to utkanie a stąd mało wchodzi w rachubę.

Przyswajanie pokarmów białkowych i praca komórek limfoidalnych, zgromadzonych w ściankach jelit cienkich i roznoszących wessane wytwory, jest w ścisłej łączności ze wzrostem ciałek białych. R. zauważył, że leukocytoza trawienna występuje w przeważającej liczbie przypadków, a więc nie z reguły. O ile funkcja odźwiernika jest nieprawidłowa lub niesprawne jelita, nie dochodzi do wzrostu ilości ciałek białych. R. podkreślił, iż w jednym przypadku u zupełnie zdrowego człowieka leukocytozy nie było, a liczby dotyczące ciałek białych, badanych w 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 i 8 godzin po posiłku, wskazują, iż niekiedy ilość tych ciałek przed wzrostem zmniejszała się chwilowo, że działo się coś jakby czasowo przeciwnego właściwemu, później występującemu, zjawisku leukocytozy. To na co Rencki zwracał uwagę przed 26 laty, jest dziś zrozumiałe, skoro mamy już za sobą badania sprawności proteo-pektycznej wątroby i wiemy o istnieniu systemu zaporowego. I staje się jasnem, że każde zjawisko, choćby współczesny mu całokształt wiedzy, nie pozwalał narazie całkiem go wytłumaczyć — może w pewien czas potem rzucić snop światła na nowo odkryte bjologiczne zjawiska. Przypadek dotyczący osobnika zdrowego a nacechowany brakiem leukocytozy trawiennej oraz przejściowe wahania ilości ciałek białych w stronę przeciwną leukocytozie, stanowią nader cenne dziś spostrzeżenie. Można z dużem prawdopodobieństwem przypuszczać, iż prócz wspomnianych przez Renckiego zjawisk, podówczas dostępnych ścisłemu badaniu — wchodziła tu w grę i hemoklazja w pojęciu Widala, a więc fenomen — wedle Glasera — ściśle związany z parasympatyczną czynnością, o której właściwie dopiero w 10 lat potem — po ukazaniu się pracy Eppingera i Hessa — świat naukowy się dowiedział.

Odczyn hemoklastyczny Widala nie jest bez związku z układem zaporowym. Nagła leukopenja i wzrost procentu limfocytów, spadek ciśnienia krwi, większa jej krzepliwość, szybsze opadanie erytrocytów, zmniejszenie się sumarycznej ilości białka i białkowego azotu aminowego, większy procent globulin i wyższe stężenie jonów wodorowych w surowicy — składają się na zasadniczy zespół zjawisk cechujących hemoklazję.

Bodźcem do hemoklazji są pochodne białka, które dostały się do krążenia, niezatrzymane przez chorą wątrobę [12]) albo też zostały do krwiobiegu sztucznie wprowadzone, bodźcem są też różne ciała wagotoniczne. Całość dowodzi wzrostu napięcia parasympatycznego, bez względu na to, czy dotyczy on ośrodków, czy elementów obwodowych im posłusznych.

Badania doświadczalne W. Koskowskiego dowodzą, że ten drugi punkt zaczepienia musi być zawsze bardzo poważnie brany w rachubę, jeśli się jednak zestawi je z wynikiem eksperymentów Roux i Besredki, dochodzi się do wniosku, że odczyn, jako całość, jest odpowiedzią na bodźce, które bez względu na to, czy trafią na centra, czy też na organa, wykonujące ich rozkazy, dają wynik ten sam. Weiss sądzi, że możliwą jest swoista energetyczna rezonancja zakończeń nerwowych na podniety określonego typu. Jego pogląd dotyczy sfery ruchowej, ale, czy nie jest on możliwy tu właśnie, w ramach zjawiska tak ogólnego, jak koloidoklazja. Bodziec centralny, czy z ośrodków głównych, czy ze stacyj pośrednich, czy wprost z zadrażnionych substancją czynną pierwocin zawartych w licznych komórkach pracujących dla pewnej biologicznej czynnościowej całości, wywołać może te same przejawy. Bez względu na to, jaki jest punkt zaczepienia bodźca, należy całe to zjawisko zaliczyć do typu parasympatycznego. Cechuje je właściwa parasympatykozom leukopenja z limfocytozą, taki sam, jak przy nich spadek parcia krwi, taka sama reszta przejawów jak wzrost procentu globulin, więcej H· oraz objawy naczynioruchowe i wydzielnicze. Mechanizm całości jest jasny i przejrzysty. Jeżeli zamknie się zapora żylna, to przez przepuszczalne kapilary wątroby uchodzi do układu limfatycznego woda i te ciała białkowe, które mają mniejsze cząsteczki a więc albuminy. We krwi rośnie stąd procent globulin, a z tego powodu i H·, maleje azot aminowy białka, bo globuliny są weń uboższe, wzrost H· ułatwia drogę fizykalną opadanie erytrocytów a także i krzepliwość krwi, bo przeprowadza włóknik ze stanu hydrofilnego w nie chłonący wody i zdolny do wypadania (Hekma). Jeśli nastanie skurcz żył wątrobowych i płucnych natrafia prąd krwi na przeszkodę. Limfocyty, jako bieżące w naczyniach mniej przyściennie, nie napotykają z natury rzeczy na przeszkody, dotyczy to jednak bliższych ściany granulocytów, które napotykają zaciskający żyłę wał zwężeniowy, zatrzymują się przed nim i nie mogą podążać dalej, przez co ich procent we krwi maleje a rośnie nagromadzenie się ich w żyłach wątrobowych i płucnych. Prąd wody, skierowany do układu limfatycznego, wchodzi w styczność z jego elementami, tworzącymi limfocyty i wypłukuje tam komórki limfoidalne z ich miejsc powstawania do krwionośnego systemu. Badania W. Koskowskiego wykazały, iż do hemoklastycznej limfocytozy względnej dołącza się i rzeczywisty dopływ komórek limfoidalnych z obficie do układu naczyniowego wlewającej się chłonki. Odczyn Widala jest cechą wagotonji, a że bodźcem dla niej może być osłabienie proteopeksji w wątrobie — łatwo stąd wysnuć wniosek, iż na sprawności tego narządu polega ważny punkt wyjścia dla masy zjawisk, wpływających bardzo silnie na nawodnienie tkanek i ruchy wody tkankowej.

Wątroba jest narządem o nader silnem działaniu na gospodarkę wodną [13]). Zostając pod wkrewno-wegetatywnem kierownictwem, wykonuje jego rozkazy a nadto wytwarza same ciała mocno na ruch wody działające. Układ współczulny dostarcza jej bodźców dla funkcyj potrzebnych w celu przyspieszenia ruchu wody, oswobodzenia tejże z więzów tkankowych i odciążenia całości organizmu w sensie uwolnienia go od nadmiaru wodnych zapasów. Inkrety będące w styczności z tą funkcją wchodzą w skład znanych dziś leków moczopędnych (preparaty tarczycy (Eppinger)). Układ parasympatyczny chroni organizm od utraty wody i gromadzi ją w ustroju a stąd wdzieliny nań działające powodują wzrost wody w tkankach (insulina). Pituitryna utrudnia swoiście odpływ wody z krwi („nawodnienie“ krwi). Dopływ H_2O do tkanek zmniejsza się. Pituitryna jest pod względem uwodnienia tkankowego na przeciwnym biegunie jak insulina, która tkanki nawadnia, sumaryczne działanie wspomnianych antagonistów jest jednak podobne i wywołuje wodne zatrzymanie, zwłaszcza w pewnych okolicznościach stwarzanych w ustroju przez patologiczne stany. Tarczyca i grasica [14]) naogół sobie przeciwne, mogą się wspierać wzajemnie, o ile chodzi o wywóz wody (Zondek, Bernhardt). Widzimy, że całość gospodarki wodnej jest bardzo złożona, ale w zasadzie zarysowują się zawsze wpływy współczulne, o ile chodzi o uwolnienie tkanek z nadmiaru wody a przywspółczulne przy procesach poprzednim przeciwnych. Wątroba odgrywa w tem wszystkiem rolę dominującą.

IV.

Przyjęło się w nauce, iż wątrobę uważa się za główny organ wykonawczy dla tych czynności wkrewnie wywoływanych, które mają styczność z przemianą materji. Trudno przypuścić, by narząd gruczołowy tak olbrzymi był hormonalnie biernym. Wątroba jest też gruczołem dokrewnym, ale, wobec mnogości jej funkcji, pospolicie nie uważanych za ściśle wkrewne, sprawiają badania w tym kierunku podjęte trudne do pokonania trudności. Dopiero ostatnie czasy doprowadziły do stwierdzenia swoistego, sympatykotonicznego moczopędnego hormonu, wytwarzanego przez ten organ, niezależnie od produkcji mocznika. Fameune wydobył z wątroby ciepłochwiejną substancję, wpływającą pobudzająco na czynności mózgu. Stwierdzono, że wyciągi wątrobowe podniecają przemianę materji. Jest wielce prawdopodobnem, że dalsze dociekania rozszerzą jeszcze horyzont wiedzy i w tym kierunku. Są badacze, którzy całą chemiczną pracę wątroby, zostającą poza produkcją żółci, uważają za czynność wkrewną i nie można im odmówić słuszności. Współczesne pojęcie wewnętrznego wydzielania różni się od dawniejszych. Hormon nie jest ściśle określonem ciałem, ale czynnościowym zespołem, w którym biorą udział substancje hormonami dawniej mienione. Gruczoł produkujący jakieś czynne, od aminokwasów się wywodzące ciało, wysyła je do obiegu krwi. Ciało to wchodzi w styczność z rozmaitemi tkankami, które są wegetatywnie bardzo różnie nastrojone. Zależnie od tego nastroju działa omawiana substancja tak lub owak lub nawet może być bierną. O przykład nie trudno. Tyroxyna jest ciałem, które przy odpowiedniem stężeniu jonów wodorowych (poniżej 1:10 miljonów) dołącza H_2O i przechodzi w związek nieczynny. Jeżeli koncentracja H· wzrośnie (6·4—7 jako pH), woda się odłącza i zjawia się znów ciało czynne. Nie działa ono bezwzględnie, ale potrzebuje do tego odpowiedniej ilości K·. Małe quantum Ca·· przeszkadza mu, większe pomaga (Zondek) koniecznym jest też przytem odpowiedni stosunek ogólny K· do Ca··. Tyroxyna jest związkiem chemicznie chwiejnym. Jako kwas, może być mocno zaczepioną na grupach aminowych białka, a wtedy wchodzi w grę jej łatwość przemiany z laktymu, mogącego wiązać zasady, w wywodzący od NH_3 swą naturę, laktam, zdolny wchodzić z kwasami w styczność. Okoliczności, w jakich tyroxyna znaleść się może w tkankach mogą być bardzo liczne a stąd tyleż odmian i odcieni działania, z których każde jest hormonem w pojęciu czynnościowem, prawdziwie bjologicznem. Inkret tarczycy uważany jest za wegetatywny multiplikator. W istocie jest tą multiplikacją cośkolwiek złożona i daleka od teoretycznego schematu.

Weźmy inny inkret. Adrenalina, ten synonim funkcji współczynnej, jest taką tylko wobec odpowiedniej ilości Ca··, jon potasu zmienia ją w substancję czynnościowo parasympatyczną. Insulina może zmieniać swe funkcje przy braku odpowiedniej ilości K·. Staje się zrozumiałem, że zwichnięcie jonowej równowagi może przekształcić zupełnie czynności organizmu i zniszczyć roównowagę funkcyj ustrojowych. Do tego musimy dołączyć dwufazowość zjawisk życiowych (Zondek, Gabbe, Lorant, Sabatowski). Są to oscylacje czynności wegetatywnych, spotykane z reguły przy funkcjach bjochemicznych a będące przejawem wahań miedzy zwichnięciem a ustaleniem równowagi. Jeśli uwzględnimy przytoczone poprzednio w niniejszej pracy zjawiska to w świetle ich przedstawi się nam rola wątroby wprost imponująco. Rozporządza ona materjałem energetycznym a stąd ogrzewa ustrój i daje mu siły do pracy, buduje przyszłe składniki plazmy, stwarza warunki dla funkcji gruczołów wkrewnych. Bodźce wegetatywne do niej dążące doprowadzają jej podniety, od których zawisła jakość, ustosunkowanie i praca komórek. Dodajmy do tego, iż wśród tych komórek są histologiczne elementy tarczycy i mózgu a zrozumiemy, iż przysłowiowy wpływ dysfunkcji wątroby na humor i usposobie-

[12]) Stosunek stanów anafilaktycznych, wstrząsających wegetatywną równowagą, do dożylnej podaży leków, tak dziś pochopnie stosowanej, podkreśla Gorecki w swej pracy p. t. „Układ wegetatywny a wstrząs anafilaktyczny w klinice“. Autor wspomnianej pracy doradza wielką ostrożność przy podawaniu leków drogą parenteralną, a w szczególności dożylną.

[13]) Ważny udział wątroby w gospodarce wodnej ma praktyczne zastosowanie dla badania jej sprawności. Adler podaje chorym naczczo litr wody i oznacza diurezę oraz ciężar gatunkowy moczu. Niewydolność wątroby wywołuje retencję H_2O, co odbija się na diurezie. Niezbędnym warunkiem dla wiarygodności metody są idealnie zdrowe nerki. Landau i Pap podają dożylnie litr normosalu (rozcz. NaCl obok fosforanów i dwuweglanów K i Ca) i oznaczają ciężar gatunkowy krwi w $^1/_2$, 1, 2, 3 i 4 godziny. Normalnie brak hydremji lub trwa ona najwyżej godzinę. Niedomoga wątroby daje hydremję dopiero w 3—4 godziny. Tak samo wypada próba u wagotoników ze zdrową wątrobą. Chore nerki uniemożliwiają przy metodzie Landaua i Papa wyciąganie wniosków.

[14]) Sama grasica jest jako gruczoł wdzielniczy parasympatycznego typu, tylko w łączności z retencją wody, czego dowodem mocne upęcznienie tkanek u dzieci. Tarczyca jest uruchamiającą H_2O składową inkretorycznego układu. Tembardziej też szczególnym jest synergizm grasicowo-tarczycowy przy wywozie wody i rzuca specjalne światło na zjawisko wdzielniczej korelacji.

nie nie jest wymysłem, lecz istotnem zjawiskiem. Każdy lekarz wie dobrze, jak depresyjnie nastrajają chorych schorzenia wątroby nie biorąc pod uwagę przykre zaburzenia zmysłowe, które mogą tu grać pewną rolę widoczna jest i bez nich pewna zgorzkniałość a nieraz i rezygnacja. Zwrot ku poprawie usuwa zaraz ten nastrój.

Między mózgiem a wątrobą jest łączność, której nie spostrzega ten, który organ ostatnio wspomniany pojmuje jako narząd, wydzielający żółć i spełniający posłusznie rozkazy trzustki w odniesieniu do węglowodanowej przemiany materji. Dziś uległy poglądy na całokształt funkcji wątroby wyraźnym zmianom. Stwierdzono zaburzenia wątrobowe przy zapaleniu mózgu (Mayer Bisch, Stern), widziano zmiany w wątrobie przy schorzeniach zwojów podstawowych, Silberstein spostrzegał u zwierząt ciężkie zapalne schorzenie mózgu po złożeniu przetoki Ecka, Kirschbaum wykazał zgubny wpływ chorób wątroby na układ nerwowy, a jeśli się doda do tego zapatrywania Wolfera co do roli inkretów, czy też ich nośników, stwierdzalnych we krwi metodą optyczną Bocka, przy zaburzeniach czynności kory mózgu, a z drugiej strony uwzględni stosunek hormonów do witamin (Carlsson, Groebbels, Abderhalden) i do wątroby jako do narządu magazynującego te ostatnie — to staje się zrozumiałem, iż dawne poglądy Cl. Bernarda, Jaccoud, Eichhorsta i i., które w pojęciach zwolenników prostej funkcji tego organu, nie mogły znajdować należnego im oddźwięku, zyskują dziś prawo bytu i dowodzą, że wątroba uczestniczy pośrednio we wszelkich przejawach czynności nerwowych, od których też zależy i jako organ, wpływający na substrat materjalny dla niedostępnej bezpośredniemu badaniu funkcji mózgu, wywiera na nią działanie niepośledniej miary.

Bez względu jednak na to, jaką jest jej istota, odbywa się ona w substracie fizykochemicznym, który musi być nietkniętym, jeśli praca ma się w nim odbywać normalnie. Wystarczy spojrzeć na to jak wygląda czynność mózgu u zatrutego alkoholem etylowym, który rozluźnił czasowo lipoidowy łącznik plazmy, wystarczy widzieć otępienie bromowe, zależne od zjawisk pęcznienia lub obserwować chorych z porażeniem postępowem, u których zwyrodnienie komórek płatu czołowego zniosło zupełnie sprawność funkcyj myślowych. Psychika w istocie swej stojąca poza możliwością poznania (znamy tylko następstwa tego procesu) wymaga jednak substratu, którego istotę po części już poznano i stąd możemy zrozumieć, iż wszystkie te czynniki, które o przyrodzie tego substratu decydują, nie mogą nie wpływać na tok funkcyj korowych. Na pierwszem miejscu stoją tu hormony zwłaszcza tarczycy, gruczołów płciowych i układu chromochłonnego, a potem te ciała, które przygotowują im warunki pracy. Uwodnienie plazmy, stosunek i jakość jonów, obecność ciał pomocniczych, nasilenie energetyki organizmu — to wszystko stanowi podkład dla hormonalnych czynności.

Wątroba jest narządem centralnym przemiany materji i niema chyba organu, któryby z nią mógł współzawodniczyć. Kiedy wątroba zawiesza stopniowo czynność, odczuwa to mózg, zaraz oddziaływa zmianą psychicznego nastroju, a, gdy ubytek jest zbyt wielki, powstają wyraźne zboczenia czynności korowych, doprowadzając w końcu do ich zniesienia. Zgorzkniałość, czy też nienaturalne podniecenie, osób z chorą wątrobą jest wyrazem dysfunkcji korowej mózgu, któremu brak normalnych fizykochemicznych warunków substratu dla jego pracy.

Nie będzie przesadą, gdy dziś powiemy, że wątroba, która buduje ustrój materjalny, musi tą drogą pośrednio wpływać na czynność mózgu. Niedomoga wątroby uszkadza substrat, w którym tkwią niedostępne w swej istocie, usuwające się naszemu badaniu, biologiczne elementy funkcyj korowych. Zniknięcie czynności wątroby kładzie kres życiu ustroju.

* * *

Pracą niniejszą kończę cykl mych prac, omawiających stosunek czynności wątroby do układu nerwowego.

Stosunek ten jest bardzo często prawie pomijany. Poglądy czyniące z wątroby organ kierowany czysto humoralnie nie są w zupełności słuszne. Narząd ten jest narządem, mającym tak potężne biologiczne zadanie, że myśl o drodze czysto humoralnej, jako ważnej w jego kierownictwie, musi odrazu budzić pewne wątpliwości. Dlaczegoby narząd pierwszorzędnej wagi miał być zaniedbywany przez rządzący system wegetatywny. Prawda, że pewien stopień samodzielności wątroby w stosunku do układu nerwowego — o ile chodzi o pewne prace chemiczne — można przechylić na karb wpływów humoralnych, ale nie są one wszystkiem. Ścisłe studja wskazują, że droga humoralna jest przeważnie pomocniczą lub towarzyszącą nerwowej, a tylko niekiedy występuje oddzielnie. Cykl mych prac dotyczących wątroby poruszył wszystkie zagadnienia z funkcją tego narządu złączone. Od czynności najprostszych do funkcyj wchodzących w styczność z najwyższymi poddziałami fizjologji — wszędzie widzieliśmy nić przewodnią, w której widniał zespół wątroby z układem wkrewnowegetatywnym. Patologja ustroju, jako pojęcie zespołu zmienionych czynności ustroju, styka się z poprzednio wspomnianym kompleksem tak samo jak fizjologja i dziwić się stąd nie można, że zwracanie uwagi na wątrobę i system nerwowy w przypadkach, w których choroba zdaje się być bardzo ogólną i od nich dość daleką, może dać lekarzowi, zwłaszcza interniście, duże ułatwienie w uchwyceniu istoty schorzenia o ogólnej na pozór przyrodzie.

Wiedza współczesna rozszerzyła poglądy na całokształt pracy wątroby, a wyzyskanie tego faktu dla terapji, może mieć w medycynie wewnętrznej pokaźne znaczenie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

Dalsze doświadczenia z kleszczami Kjellanda.

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie. — Prym. Prof. Dr. A. Sołowij.

Żaden instrument lekarski nie ulegał tylu poprawkom i przeróbkom, powiada Bumm — co kleszcze. Po przez kilka wieków umysł ludzki pracował w kierunku stworzenia takiego instrumentu, któryby okazał się niezawodnym i najlepszym w praktyce położniczej.

Przeglądając stare modele kleszczy trudno nie dziwić się fantazji, którą niejednokrotnie kierowali się ich twórcy. Dokładne poznanie budowy miednicy, mechanizmu porodowego główki, odegrało najważniejszą rolę w konstrukcji kleszczy. Do dziś dnia jednak zachowały się w ich budowie cechy pierwotne, że się tak wyrażę, lokalne. A więc, Francuzi nadal używają kleszczy długich z zamkiem nieruchomym, (Tarnier, Demelin), podczas gdy w Niemczech wytworzył się typ kleszczy krótkich z ruchomym zamkiem (Naegeli).

Kleszcze krótkie Naegelego, lub Simpsona są idealnym instrumentem do ukończenia porodu, jeżeli główka przeszła wchód miednicy małej. Dzięki swemu wygięciu miednicowemu dadzą się one dokładnie założyć w wymiarze skośnym, lub prostym wychodu miednicy małej. W przypadkach wysokiego ustawienia główki ani kleszcze Naegelego ani też Tarniera nie spełniają należycie swego zadania, gdyż chwytają one główkę w jej wymiarze prostym, zatem nietypowo i w czasie wykonywania trakcji spowodować mogą nierzadko poważne obrażenia czaszki i twarzyczki.

W roku 1916 położnik norwegski Chrystjan Kjelland wystąpił w piśmiennictwie z nowym modelem kleszczy. Różnią się one od dotychczas używanych tem, iż nie mają wygięcia miednicowego, są ruchome i przesuwalne w zamku, podczas gdy trzonki ich posiadają wygięcie bagnetowe, dzięki czemu oś łyżek i trzonków znajduje sie w płaszczyznach równoległych. Zanim autor wystąpił ze swojemi kleszczami, wypróbował je na 352 przypadkach, następnie demonstrował je na klinikach we Wiedniu, Kopenhadze, Berlinie, Monachium i t. d., wzbudzając wszędzie żywe zainteresowanie.

Najistotniejszą zaletą kleszczy Kjellanda jest możliwość chwycenia główki w wymiarze poprzecznym, niezależnie od tego ,gdzie się ona znajduje.

Kjelland w pracy swej o kleszczach zwraca z naciskiem uwagę, że wolno je zakładać tylko wtedy, gdy główka swoim największym obwodem już wstąpiła do wchodu miednicy i tam się ustaliła. Niestosowanie się do tej wskazówki — zakładanie kleszczy na główkę ruchomą, lub lekko przypartą — spowodować może ciężkie uszkodzenia rodzącej i płodu.

Już w początkach używania kleszczy poważne obawy o całość ściany macicy budził sposób zakładania przedniej łyżki. Jakkolwiek obawy te okazały się płonne, gdyż w ciągu 10-ciu lat znany jest tylko jeden przypadek Zangenmeistra, który mógłby pod tym względem obciążyć kleszcze Kjellanda, to jednak nie należy ryzykować obrotu łyżki tam, gdzie dolny odcinek macicy jest bardzo rozciągnięty i przylega ściśle do główki, gdzie macica jest mocno obkurczona dookoła płodu, gdyż wtedy rzeczywiście łatwo można spowodować obrażenie ściany macicy. W czasie zakładania przedniej łyżki sposobem Kjellanda liczyć się należy również z możliwością wypadnięcia zbyt długiej pępowiny przez lukę, która powstanie między łyżką, a ścianą macicy. Schubert i Krull obserwowali dwa podobne przypadki. Powikłanie to wydarzyć się może również w czasie zakładania kleszczy Naegelego lub Tarniera. Jeżeli łożysko znajduje się na przedniej ścianie macicy w pobliżu dolnego odcinka, wtedy w czasie wykony-

wania obrotu łyżki można spowodować odklejenie łożyska. Kjelland w swoich 352 przypadkach nigdy nie napotkał przeszkód w zakładaniu przedniej łyżki.

Niekiedy założenie łyżki tylnej sprawia poważne trudności. Przeszkadza najczęściej wystający wzgórek kości krzyżowej. Należy wtedy wprowadzać łyżkę obok kości krzyżowej, a następnie przesunąć ją na właściwe miejsce, co przeważnie prowadzi do celu. Znane są w piśmiennictwie przyp. obrażenia tylnej ściany macicy, spowodowane trudnościami wprowadzenia tylnej łyżki.

10 lat upłynęło od chwili wystąpienia Kjellanda. Kleszcze jego można śmiało powiedzieć — zyskały w położnictwie prawo obywatelstwa, mają one za sobą olbrzymie piśmiennictwo, statystyki i doświadczenia szeregu klinicystów, a jednak tu i ówdzie odzywają się ostrzegawcze głosy przed ich stosowaniem, tu i ówdzie spotkać można klinicystów, którzy ich nie używają. (Schauta, Opitz, Fehling, Sellheim, Stratz, Zimmermann i t. d.).

Dziwić się należy, powiada Opitz, jak pochopnie nieraz przystępują położnicy do zakładania kleszczy wysokich. Zdawało się, że wielkim krokiem naprzód w nowoczesnem położnictwie było przekonanie lekarzy o niebezpieczeństwie, jakie kryją w sobie kleszcze wysokie, obecnie jednak pod wpływem kleszczy Kjellanda sprawa ta znowu wraca na porządek dnia.

Szkoła francuska dalej pozostaje przy kleszczach Tarniera i Demelina. Brindeau przeprowadził w klinice Tarniera doświadczenia z kleszczami Kjellanda na fantomach i rodzących; doszedł on do wniosku, że kleszcze te nie są lepsze od kleszczy dotychczas we Francji stosowanych. Odmawia im zatem znaczenia, jakie im powszechnie przypisują.

Hermstein dla porównania stosował kleszcze Kjellanda i Naegelego w przypadkach wysokiego ustawienia główki. Jego zdaniem wyniki dla matek po Kjellandzie nie są lepsze. Statystyki porównawcze innych autorów są tak małe i indywidualne, że nie można się na nich opierać.

W Anglji zainteresowali się kleszczami Kjellanda Williams, J. Cocke, Hirst, Greenhill.

W Niemczech kleszcze Kjellanda zyskały naogół życzliwe przyjęcie i wielu zwolenników (Döderlein, Fink, Hofmann, Baum, Halban, Küster, Küstner, Klein. Krull, Mueller, Neumann, Mayer, Riediger, Schröder, Temesvari, Schubert, Ruge II. Winter i t. d.). Wyrugowały one prawie zupełnie kleszcze Tarniera, Breusa i im podobne, stosowane w przypadkach wysokiego ustawienia główki. Dzisiaj, kiedy okres entuzjazmu dla kleszczy Kjellanda minął, i ustąpił miejsca faktom pozytywnym, opartym na 10-letniem bogatem doświadczeniu, kleszcze Kjellanda nic nie straciły ze swej wartości — przeciwnie ugruntowały się tak mocno, iż młode pokolenie położników nie może sobie wyobrazić praktyki położniczej bez tego instrumentu.

Niektórzy klinicyści zarzucają kleszczom Kjellanda znaczną śmiertelność i chorobliwość matek, obrażenia części miękkich i wielką śmiertelność płodów. Surowa krytyka zmusza do odrzucenia tego twierdzenia. Wchodzić tam bowiem mogły w grę inne przyczyny jakoto: krwawienie poporodowe wskutek niedowładu macicy, poprzednio istniejące zakażenie, rzucawka, a wreszcie co najważniejsze — brak odpowiednich warunków do założenia kleszczy. Twierdzenie, jakoby po Kjellandzie zdarzały się częstsze pęknięcia krocza nie wytrzymuje zupełnie krytyki. Pęknięcie krocza nie zależy bowiem od rodzaju kleszczy, lecz przedewszystkiem od wielkości główki, szerokości pochwy i podatności części miękkich. Niejednokrotnie da się urodzić płód bez najmniejszego obrażenia nietylko krocza, lecz nawet błony śluzowej.

Co się tyczy śmiertelności dzieci, jest ona rzeczywiście znaczna i dochodzi według niektórych autorów do 24%. Sekcja wykazuje w tych wypadkach przeważnie wylewy krwawe lub wybroczyny w mózgu, pęknięcia namiotu móżdżka, lub załamania kości czaszki. Nie należy jednak w tych wypadkach obwiniać Kjellanda, gdyż w przypadkach zamartwicy płodu — bez jakiegokolwiek zabiegu — spotykamy nieraz na sekcji krwawienia w mózgu, które znowu mogły spowodować pęknięcie namiotu móżdżka. Nieraz kleszcze zakłada się tam, gdzie są już objawy zamartwicy płodu; nie można zatem ocenić, czy one w istocie spowodowały w takim wypadku śmierć. I tu należy podnieść z całym naciskiem, iż obrażenia czaszki płodu powstają najczęściej skutkiem niestosunku porodowego, a więc w tych przypadkach, kiedy założenie kleszczy Kjellanda jest przeciwwskazane.

Przeglądając piśmiennictwo o kleszczach Kjellanda stwierdza się, iż wszyscy autorowie zgodnie podnoszą wielkie ich zalety w przypadkach położeń defleksyjnych; są one nie do zastąpienia i dają wyniki, których nie można porównywać z poprzednio otrzymywanemi.

Od roku 1917 na oddziale położniczym Państwowego Szpitala powszechnego używamy kleszczy Kjellanda. Z chwilą ukazania się pierwszej publikacji autora, prof. Sołowij zamówił jego kleszcze i zdaje się pierwszy w Polsce wprowadził je do położnictwa. Przez pierwszych kilka lat wykonywano na oddziale położniczym doświadczenia z kleszczami, chcąc wyrobić sobie właściwy sąd o ich wartości. Zakładano je w przypadkach wysokiego ustawienia główki, jak również, gdy główka przeszła wchód miednicy — w przypadkach położeń defleksyjnych i t. d. Już w początkach stosowania kleszczy uderzyła operujących łatwość ich zakładania w wymiarze poprzecznym główki, niezależnie od tego, gdzie główka się znajdowała. Zdając sobie sprawę z tego, iż niema i nie będzie kleszczy dzięki którym możnaby pokonać niestosunek porodowy, nie zakładaliśmy kleszczy Kjellanda tam, gdzie ten niestosunek istniał. Postępowaliśmy w myśl uwag autora i kleszcze jego zakładaliśmy tylko w przypadkach miednicy prawidłowej lub nieznacznie ścieśnionej, uwzględniając stosunek główki do miednicy, zdolność jej do konfiguracji i jej wielkość. Niestosunek porodowy w przypadkach miednicy prawidłowej lub nieznacznie ścieśnionej stwarza główka — ona głównie decyduje o wyniku kleszczy. W przypadkach miednicy prawidłowej, jeżeli płód był nadmiernie duży i główka jego wypuklała powłoki brzuszne ponad spojeniem łonowem, nie wstawiła się do wchodu po odejściu wód i pomimo energicznej czynności porodowej, nie myśleliśmy o kleszczach Kjellanda, lecz chętnie przystępowaliśmy do cięcia cesarskiego, które w takich wypadkach gwarantowałoby i matce i dziecku maksimum bezpieczeństwa. Jeżeli płód był niewielki, zakładaliśmy kleszcze Kjellanda z doskonałym wynikiem nawet pomimo nieznacznego ścieśnienia miednicy.

Wynik kleszczy Kjellanda zależy od doświadczenia położniczego operatora, jego techniki oraz umiejętności obserwowania porodu. Założenie kleszczy złe, nie we właściwym czasie, w warunkach niekorzystnych przynosi przeważnie szkodę matce i płodowi. Stąd powstałe obrażenia nie mogą rzecz prosta obciążać kleszczy, lecz operatora, który użył ich niewłaściwie i nieumiejętnie. Jako dowód zbyt pochopnego zakładania kleszczy przytoczę przypadek cytowany przez Wintera. U rodzącej z prawidłową miednicą, dużym płodem trzej doświadczeni położnicy, jeden po drugim zakładali bezskutecznie kleszcze Kjellanda. Po trzech godzinach urodziła ona dziecko żywe siłami natury.

Hiess podaje ciekawe dane, odnoszące się do wskazań operacji kleszczowej: w drugiej wiedeńskiej klinice położniczej na 6 tysięcy porodów zakładano 47 razy kleszcze Kjellanda, podczas gdy w pierwszej wiedeńskiej klinice na 5.139 porodów założono Kjellanda tylko 8 razy.

W roku 1924 na Zjeździe Ginekologów Polskich w Warszawie Dr. Duczymińska zdała sprawę z wyników, jakie otrzymaliśmy na oddziale położniczym, stosując kleszcze w ciągu lat siedmiu. Bogaci tyloletniem doświadczeniem, udoskonaliliśmy nasze wskazania, oraz technikę operacyjną. Początkowo zakładaliśmy przednią łyżkę w sposób przez Kjellanda podany, a więc z obrotem w macicy o 18 stopni, obecnie i dalej tak postępujemy w tych przypadkach, gdzie obrót ten da się z łatwością wykonać. Jeżeli dolny odcinek macicy jest rozdęty, macica obkurczona, wtedy łyżkę przednią zakładamy sposobem wędrowania. W ciągu 9-ciu lat nie mieliśmy ani razu obrażeń macicy. Zakładamy Kjellanda na główkę, we wchodzie ustaloną, lub dobrze przypartą i skonfigurowaną, bądź na przejściu do próżni będącą. Gdy zaś główka przeszła już wchód, a szew strzałkowy przebiega skośnie, używamy kleszczy Simpsona, zmodyfikowanych przez Sołowija.

Najczęstsze wskazanie do kleszczy — ustanie czynności porodowej, i stąd grożące niebezpieczeństwo dla życia płodu.

Nawiązując do pracy Dr. Duczymińskiej, chcę omówić w krótkości 35 dalszych przypadków kleszczy Kjellanda, wykonanych od roku 1924.

W materjale tym mamy 17 pierwiastek, 18 wieloródek. Z pośród pierwiastek u 11-stu stwierdziliśmy miednicę prawidłową, — urodzono dzieci żywe. Waga ich wahała się w granicach od 4.100 gramów do 2.700 gramów. Jedno z dzieci o wadze 3.850 zmarło po trzech dniach z powodu zakażenia, powstałego skutkiem obrażenia kleszczami naskórka twarzyczki. Reszta dzieci wraz z matkami opuściła zakład. U 6-ciu pierwiastek rozpoznano miednicę płaską, krzywiczą, z wymiarem prostym wchodu w granicach od $9^1/_2$ do 8 cm. Dwoje dzieci urodzono nieżywe, z wagą 3.400 i 3.300. — Sekcja wykazała wybroczyny krwawe w mózgu i pęknięcie namiotu móżdżka. Pozostałe dzieci wagi 2.700 — 3.000 — żywe. Nacięcie krocza wykonano u 15-tu. U 4-ech pierwiastek wystąpiła w połogu ciepłota, utrzymująca się przez 7—9 dni, u 3-ch — 3-dniowe podniesienie ciepłoty. Wszystkie one opuściły zakład zdrowe. W 5-ciu przypadkach zakładano kleszcze na główkę przypartą lecz skonfigurowaną, wreszcie na główkę ustaloną.

Z pośród 18 wieloródek u 6-ciu stwierdziliśmy nieznaczne ścieśnienie miednicy. Dwa płody wagi 4.100 — 4.070 urodzono w zamartwicy bladej i nie docucono. W jednym przypadku okręcona pępowina dookoła szyji została uciśnięta kleszczami, co

spowodowało śmierć dziecka. Reszta płodów żywa. Nacięcia krocza wykonano u trzech rodzących z dużemi płodami, ważącemi ponad 4 kg. U dwóch w połogu wystąpiło krótkotrwałe podniesienie ciepłoty. Wszystkie one opuściły zakład zdrowe. Z powyższego wynika, iż śmiertelność matek mieliśmy 0%, śmiertelność dzieci 11·4%.

W przypadkach niestosunku porodowego, powstałego czy to z powodu ścieśnienia miednicy, czy też wskutek nadmiernej wielkości płodu, wykonujemy cięcie cesarskie nawet u pierwiastek, uważając, iż kleszcze Kjellanda nie spełnią wtedy swego zadania.

Na zakończenie chciałbym wspomnieć o przetokach pęcherzowo-pochwowych, do powstawania których kleszcze Kjellanda mają się przyczyniać.

Jest to sprawa obecnie dyskutowana. Przetoki zdarzyć się mogą w przypadkach przedłużającego się porodu. Główka uciska wtedy na przegrodę pęcherzowo-pochwową, przypiera ją do spojenia łonowego i może spowodować zgorzel. Trudno w tych razach przypisać winę tylko kleszczom. Kjelland obserwował często krwawy mocz po kleszczach, nie stwierdził nigdy przetoki. Hermstein, Hiess, Heim, Fink spotykali obrażenia pęcherza powstałe po kleszczach Kjellanda. Hauch z Kopenhagi opisał 5 przypadków pęknięcia pęcherza moczowego. — W krótkości przytoczę trzy przypadki przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej w czasie wykonywania operacji kleszczami Kjellanda. Pierwszy przypadek dotyczy wieloródki, która 4 razy rodziła siłami natury dzieci żywe. Miednica prawidłowa. Wskazaniem do rozwiązania była ciepłota 39°, oraz rozpoczynająca się zamartwica płodu. W takim stanie, w 24 godzin po odejściu wód, przywieziono rodzącą z miasta do zakładu. Stwierdzono zupełny brak czynności porodowej. Przednia warga obrzękła, ujście na dłoń rozwarte, główka ustalona we wchodzie miednicy, z macicy wydobywa się smółka. Założenie kleszczy łatwe — przednią łyżkę wprowadzono zapomocą obrotu; po 5, 6-ciu łagodnych trakcjach urodzono płód żywy, wagi 3.400 gram. W pęcherzu stwierdzono krwawy mocz, oraz przetokę do pochwy, którą zeszyto. Przetoka ta jednak nie zagoiła się i pacjentka w takim stanie opuściła zakład. Po trzech miesiącach była u nas operowana z wynikiem dodatnim.

Drugi przypadek dotyczy wieloródki, która dwa razy rodziła prawidłowo. Miednica nieznacznie ścieśniona, główka na przejściu do próżni miednicy, przedgłowie bardzo duże, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym, ujście na dłoń. W pochwie guz wielkości pomarańczy, który w czasie bólu wypadał przed szparę sromową; pochodził on z obrzękłej przedniej wargi części pochwowej. Pierścień skurczowy wyraźnie zaznaczony, dolny odcinek macicy bolesny na dotyk, rodząca wielokrotnie badana przez położną na mieście, ciepłota 38.5°. Ze względu na matkę i dziecko przystąpiono do ukończenia porodu. Założono kleszcze Kjellanda, przednią łyżkę sposobem wędrowania, i z łatwością urodzono płód żywy wagi 3.100. Cewnikiem stwierdzono w pęcherzu krew, w przedniem sklepieniu mały otworek, przepuszczający cewnik do pęcherza. Założono cewnik Petzera a demeure, który wyjęto w 8-ym dniu połogu. Pacjentka po 14 dniach opuściła oddział z przetoką zagojoną. Cystoskop wykazał na tylnej ścianie pęcherza małą promienistą bliznę.

W ostatnim przypadku u wieloródki bardzo otyłej z miednicą prawidłową, dużym płodem założono kleszcze K. ze wskazania na płód. Główka nie przeszła wchodu miednicy, przednia kość boczna przodowała, szew strzałkowy przylegał nieomal do wzgórka kości krzyżowej, kości czaszki twarde, główka nieco skonfigurowana. Po kilku silnych bezskutecznych trakcjach zdjęto kleszcze i wykonano wymóżdżenie; przedtem jednak wprowadzono cewnik do pęcherza i stwierdzono bardzo małą ilość krwawego moczu. Po rozwiązaniu rodzącej zauważono przetokę pęcherzowo-pochwową. Wprowadzono cewnik Petzer'a a demeure; po dwunastu dniach pacjentka z zagojoną przetoką opuściła oddział.

Zastanawiając się nad temi przypadkami należy przyjąć, że w pierwszych dwóch kleszcze K. przyczyniły się bezwarunkowo do powstania przetoki. Przeprowadzenie główki przez kanał rodny, wobec rozciągniętego dolnego odcinka macicy i upośledzonego w nim krążenia, stanowić musiało dla pęcherza moczowego zbyt wielki uraz. Rozciągnięta szyja nie była w stanie ochronić pęcherz przed uciskiem. Znalazł się on nieomal bezpośrednio między dwoma twardemi powierzchniami t. j. przednią łyżką i spojeniem łonowem. Ściana pęcherza uległa zatem urazowi, przekraczającemu jej wytrzymałość i nastąpiło jej przedarcie.

W trzecim przypadku sposób powstania przetoki podlegać może dyskusji, gdyż wykonano kilka silnych trakcji, lecz i tutaj przednia łyżka odegrała prawdopodobnie decydującą rolę.

Z powyższej pracy dadzą się wyciągnąć następujące wnioski:

1) Założenie kleszczy Kjellanda bywa zazwyczaj łatwe; trudności napotyka się raczej w zakładaniu łyżki tylnej aniżeli przedniej.

2) Kleszcze te przewyższają wszystkie znane kleszcze delikatną budową i łatwością wykonywania rotacji.

3) Należy się bezwzględnie zastosować do wskazówek autora i zakładać kleszcze tam, gdzie niema niestosunku porodowego; wtedy wyniki dla matek i płodów będą najkorzystniejsze.

4) Jeżeli poród zbyt długo się przeciąga, liczyć się należy z możliwością powstania przetoki pęcherzowo-pochwowej. Łyżka przednia kleszczy może się przyczynić do jej powstania.

5) Kleszcze K. wymagają wyrobionej techniki operacyjnej i dużego doświadczenia położniczego.

Piśmiennictwo:

B r i n d e a u: Gyn. Obst. Nr. 3. 1925. Tom IX. — B a r b a r o: Gynecologie et obstetrique Nr. 1. 1925. Tom V. — C o n r a d: Zentralblatt 1924 Nr. XII. — F e h l i n g: Zentralblatt 1922 Nr. 15. Str. 183. — F i n k: Zentralblatt 1923 Nr. 17 Str. 668. — F i n k: Zentralblatt 1924. Nr. 8. Str. 501. — G ä n s b a u e r: Zentralblatt 1923 Nr. 48/49. Str. 1813. — G e p p e r t: Zentralblatt 1924 Nr. 15. Str. 812. — G r e e n h i l l: Zentralblatt 1924. Nr. 23. Str. 1258. — G u g g i s b e r g: Zentralblatt 1922. Nr. 48. Str. 1926. — G u g g i s b e r g: Archiv. 117. str. 126. — G r e e n h i l l: American Journal of. Obst. and Gyn. mars 1924. Nr. 3. — G o m o l i ń s k a-D u c z y m i ń s k a: Polska Gazeta Lekarska Nr. 23. 1924. — H a l b a n: Zentralblatt 1918. Nr. 1. — H a m m e r s c h l a g: Zentralblatt 1922 Nr. 46. str. 1856. — H a m m e r s c h l a g: Archiv. B. 117. Str. 125. — H e i d l e r: Archiv. B. 118. Str. 334. — H e i d l e r: Zentralblatt 1923 Nr. 31 str. 1245. — H e i d l e r: Zentralblatt 1924 Nr. 33. str. 1797. — H e i m: Zentralblatt 1924 Nr. 8 str. 506. — H e r m s t e i n: M. f. G. u. G. — B. 62 Str. 139. — H e y n e m a n n: Zentralblatt 1924 Nr. 15 str. 813. — H i e s z: Zentralblatt 1923 Nr. 48/49 str. 1807. — H i r s c h b e r g: Zentralblatt 1923 Nr. 22 str. 875. — H o f f m a n n: Zentralblatt 1922 Nr. 20 str. 876. — H o f f m a n n: Archiv. B. 117. Str. 116. — H a u c h: Gynecol. et Obst. Nr. 5 1925. T. XI. — H i r s t: Americ. Journ. of Obst. and Gyn. Styczeń 1924. — K i e l l a n d: Zentralblatt 1925 Nr. 16 str. 871. — K i e l l a n d: M. f. G. B. 43. — K i e l l a n d: M. f. G. B. 57. — K i e l l a n d: Zentralblatt 1922 Nr. 46 str. 1856. — K r u l l: Archiv. B. 117. Str. 110. — K u p f r e b e r g: Zentralblatt 1922 Nr. 5 Str. 183. — K ü s t n e r: Zentralblatt 1923 Nr. 7 Str. 285. — M a y e r A.: Zentralblatt 1922 Nr. 5 Str. 184. — M e u m a n n: Zentralblatt 1922 Nr. 9 Str. 355. — M e u m a n n: Zentralblatt 1922 Nr. 42 Str. 1676. — M e u m a n n: Zentralblatt 1923 Nr. 5 Str. 197. — O p i t z: Zentralblatt 1922 Nr. 5. Str. 184. — P a n k o w: Archiv. 117. 5. 129. — R i e d i g e r: M. f. G. 55 Str. 113. — R u g e II. Zentralblatt 1922 Nr. 46 str. 1857. — S a e n g e r: Zentralblatt 1925 Nr. 14. Str. 762. — S e l l h e i m: Archiv. 117. — 128. — S t o e c k e l: Lehrbuch der Geburtshilfe. — S o ł o w i j: Lwowskie Towarzystwo Lekarskie 1919 r. — W i n t e r-F i n k: Biologie u. Patholog. d. Weib. B. VII. Teil II. — W y d e r: Zentralblatt 1925 Nr. 10 str. 513. — W y d e r: Schweitzer med. Woch. 1924. XI. — Z a n g e n m e i s t e r: Zentralblatt 1925 Nr. 42 str. 1926. — Z u b r z y c k i: Polska Gazeta Lekarska r. 1923.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prymarjusz Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.

Sprawozdanie z działalności Oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1926.

Oddział zakaźny Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie leczył w ciągu roku 1926 *2.304 chorych zakaźnych*. Liczba dni leczenia wynosiła ogółem 47.541. Na jednego chorego przypadło przeciętnie 20 dni leczenia. Zmarło 240 osób, w tem do 24 godzin 56 — ogólny procent śmiertelności wynosił zatem *10·4%*, względnie, po odliczeniu przypadków przywiezionych na oddział w agonji, 8·1%. Wykonano sekcyj naukowych na materjale oddziałowym w Zakładzie Anatomji patol. U. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr. N o w i c k i) 221.

Pod względem ilości leczonych chorych naczelne miejsce zajmowała *płonica*.

Płonicy leczono 1.391 przypadków *), w tem 76 przypadków płonicy powikłanej błonicą, (5.5% powikłań). Zmarło 137 osób, w tem przed upływem 24 godzin 29. Śmiertelność z płonicy wynosiła zatem 9.9%, względnie, po odliczeniu przypadków zmarłych do 24 godzin, 7.7%. Z powikłań płoniczych do najczęstszych należało zajęcie gruczołów szyjnych, które w 102 przypadkach wymagało zabiegu chirurgicznego. Przy powikłaniach ze strony narządu słuchu wykonano 87 razy nakłucie błony bębenkowej, a 11 razy atticoantrotomję. Wszystkie przypadki operacyjne zakończyły się pomyślnie. W przypadkach ciężkich zmian dyfteroidalnych w jamie ustnej przy płonicy posocznicej podawano z dobrym skutkiem neosalwarsan domięśniowo, rzadziej dożylnie. Podano go na oddziale płoniczym 147 razy, a wyniki spostrzeżeń

*) W miejskim szpitalu epidemicznym (Baraki Janowskie), który pozostawał pod tem samem kierownictwem, leczono od 16 czerwca do 1 listopada 358 przypadków płonicy.

ogłoszono w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Specjalnej opieki wymagali chorzy z powikłaniami ze strony nerek. Przy objawach grożącej mocznicy wykonywano upusty krwi (38 razy), w razie utraty przytomności, drgawek — nakłucia lędźwiowe (35 razy). Wszystkie przypadki powikłane mocznicą, z wyjątkiem dwóch, zakończyły się pomyślnie.

Leczenie swoiste polegało na podaniu: 1) surowicy ozdrowieńców, 2) surowicy antytoksycznej Dochez, 3) surowicy przeciwpłoniczej Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

Surowice ozdrowieńców stosowano w *35* przypadkach, wyłącznie bardzo ciężkich. W 50% przypadków wynik był dobry, niejednokrotnie działanie surowicy ozdrowieńców było bardzo wybitne.

Surowicę antytoksyczną Dochez z Instytutu Marburskiego (Behringwerke, Marburg an der Lahn) i z Instytutu Seroterapeutycznego we Wiedniu podano w 46 przypadkach. Działanie jej było wyraźne. Z powodu wysokiej ceny, co przy znacznym napływie chorych płoniczych stanowiło wielką różnicę, jak również ze względu na znaczny procent choroby posurowiczej, rozpoczęto stosowanie *surowicy przeciwpłoniczej wyrobu Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.* Surowicę warszawską stosowano z doskonałym wynikiem w *562* przypadkach. Zasługą oddziału zakaźnego jest wprowadzenie surowicy warszawskiej we Lwowie, wskutek czego surowicę zagraniczną można było w znacznej mierze wyprzeć.

Ostatni kierunek badań Dicków nad płonicą znalazł szerokie zastosowanie na oddziale zakaźnym. Każdy ozdrowieniec po płonicy badany był przed wypisaniem z oddziału na obecność łańcuszkowców hemolitycznych. Badania systematyczne wykazały, że łańcuszkowce krwiobójcze pozostają nieraz na błonach śluzowych jamy ustnej ponad 6 tygodni, co stanowi ważny moment w epidemjologji płonicy. Wyniki podane zostaną w osobnej pracy. Pozatem wykonywano u każdego chorego płoniczego badania jamy ustnej i nosowej w kierunku prątków Loefflera. Badań takich wykonano w ciągu roku 1926 4944.

Drugie miejsce pod względem ilości chorych zajmowała błonica *(diphtheria).* W ciągu roku 1926 leczono *208 chorych błoniczych,* w tem 134 przypadków błonicy gardła i krtani, 73 błonicy gardła, 1 błonicę skóry. Zmarło 29 chorych, w tem 16 przed upływem 24 godzin od chwili przyjścia na oddział — co stanowi 13.9% śmiertelności. Ten znaczny odsetek śmiertelności *prawie dwukrotnie przewyższający śmiertelność przy płonicy,* należy sobie tłumaczyć ciężkim stanem zatrucia jadem błoniczym wskutek niepodania surowicy przeciwbłoniczej. *Na oddział zakaźny dostawały się przypadki nierozpoznane i nieleczone lub leczone niedostatecznie, niejednokrotnie w 6, 7 dniu choroby, a nawet później, nie tylko z prowincji, ale nawet ze Lwowa.* Mimo natychmiastowego podania surowicy na oddziale w ilościach 500 j. o. na kg. wagi ciała, a nawet i więcej, stosowanej dożylnie i podawania środków nasercowych 16 przypadków na 29 — ginie do 24 godzin, — 13 osób w kilka dni później nagle z powodu porażenia mięśnia sercowego. W ciągu roku 1926 wykonano na oddziale błoniczym *134 intubacyj* i *9 tracheotomij.* Wszystkie przypadki tracheotomji (14) poniżej lat 2, jakkolwiek wykonywane przez biegłych chirurgów, zakończyły się niepomyślnie.

Surowicy przeciwbłoniczej, stosowanej w każdym przypadku uzasadnionego podejrzenia, zużyto na oddziale w 1926 r.

po 1000 jedn. odpornościowych	400 ampułek
po 2000 jedn. odpornościowych	410 ampułek
po 3000 jedn. odpornościowych	409 ampułek
po 4000 jedn. odpornościowych	148 ampułek
po 5000 jedn. odpornościowych	140 ampułek

Trzecie miejsce pod względem ilości chorych zajmowała na oddziale zakaźnym: *Róża.* Leczono *120 chorych* na różę, zmarło 11, w tem 2 przypadki przed upływem 24 godzin. Śmiertelność wynosiła 9%. Róża umiejscowiona była często na twarzy, posiadała niejednokrotnie skłonność do posuwania się, zajmowała kolejno znaczne przestrzenie, dawała głębokie nacieki, zmuszające nieraz do zabiegu chirurgicznego. Poza środkami nasercowemi i okładami miejscowemi, stosowano elektrocollargol dożylnie *51 razy, autohaemoterapję 73 razy.*

Odry leczono na oddziale 121 przypadków. Zmarło 15, w tem, przed upływem 24 godzin — 3. Śmiertelność wynosiła 12.4%, przedewszystkiem u dzieci wskutek powikłań ze strony płuc. U ozdrowieńców po odrze, po wykluczeniu kiły i gruźlicy, pobierano krew, celem uzyskania surowicy ochronnej Degkwitza. Surowicę Degkwitza stosowano w celach zapobiegawczych 161 razy na oddziale płoniczym u dzieci narażonych na zakażenie odrą, prawie zawsze z doskonałym wynikiem, w ilościach *od 3—5 ccm. podskórnie.* Wyniki podane zostaną w osobnej pracy.

Duru brzusznego leczono na oddziale 92 przypadków — zmarło 8 osób, co stanowi 8.6% śmiertelności.

Duru rzekomego B. przypadków 12, — zmarły 3 osoby, w tem jedna przed upływem 24 godzin.

Duru osutkowego leczono 18 przypadków — 1 zmarł, co stanowi 5.5% śmiertelności.

Z powodu *Czerwonki* pozostawało w leczeniu 52 osób. Zmarły 3 osoby (5.7% śmiertelności). Stosunkowo niski procent śmiertelności należy sobie tłumaczyć wczesnem podaniem surowicy przeciwczerwonkowej, którą stosowano na oddziale 39 razy. Surowica w przypadkach ciężkich oddawała nam cenne usługi.

Grypa zmusiła 59 osób do leczenia się na oddziale zakaźnym. Zmarła jedna osoba (1.7%). Przebiegała przeważnie lekko, powikłania ze strony płuc były lekkie.

Krztuśca leczono na oddziale 20 przypadków, przeważnie ze Sierocińców i Zakładów wychowawczych. Zmarła jedna osoba. Śmiertelność 5%.

Wiatrówki leczono 12 przypadków. Przebieg był lekki, bez powikłań, wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.

Nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych leczono w roku 1926 12 przypadków. Zmarło 5 chorych *w tem 3 do 24 godzin.* Śmiertelność wynosiła 16%, jeżeli nie uwzględnimy przypadków, przysłanych na oddział w agonji. Stosowano stale wysoko-wartościową surowicę przeciwmeningokokową dolędźwiowo, z dobrym wynikiem, mimo niejednokrotnie ciężkiego nasilenia choroby. Surowicę przeciwmeningokokową podawano 39 razy *(przeciętnie 5 razy u jednego chorego).*

Wąglik leczony był na oddziale zakaźnym w 1926 roku w 11 przypadkach. Umiejscowiony był na skórze, w kilku przypadkach dając ogniska wielokrotne. *Wszyscy chorzy opuścili szpital wyleczeni.* Ten niezwykle korzystny wynik leczenia, przewyższający znacznie najlepsze statystyki (do 30% śmiertelności przy wągliku), zawdzięczać należy neosalwarsanowi, który podawano w każdym przypadku. Odnośna praca pojawiła się w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

Wścieklizny leczono na oddziale 1 przypadek. 100% śmiertelności.

Tężec leczono dwukrotnie. Jeden przypadek zmarł do 24 godzin, drugi opuścił szpital wyleczony.

Gruźlicy płuc otwartej leczono 4 przypadki. 3 zmarły, jeden oddano w stanie polepszonym opiece domowej. Z innych chorób zakaźnych przypada na: *sepsis meningococcica 1, parotitis epidemica 4, actinomycosis 2, gastroenteritis acuta 11, Rubeola 3.*

Sprawozdanie o wynikach pracy naukowej.

Ostatni kierunek prac nad płonicą, zapoczątkowany przed kilku laty w Ameryce, znalazł szerokie zastosowanie na oddziale zakaźnym.

W ciągu roku 1926 pojawiły się następujące prace wykonane na oddziale zakaźnym:

1) Prymarjusz Lipiński: Odczyn Dicków przy płonicy wczesnej i w okresie zdrowienia oraz jego wartość rozpoznawcza. (P. G. L. Nr. 14).

2) Prym. Lipiński: Bakterjologja płonicy z uwzględnieniem badań własnych. (Polska Gazeta Lekarska. Nr. 14).

3) Dr. Smerek i Dr. Wilenkówna. Wpływ neosalwarsanu na zmiany dyfteroidalne jamy ustnej przy płonicy. (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 14).

4) Prym. Lipiński i Dr. Balikówna: Odczyn Wassermanna przy płonicy. (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 39).

5) Dr. Ehrlich: Przyczynek do zakażenia płonicą podczas sekcji. (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 49).

6) Dr. Braun: Powikłania ze strony narządu słuchu w przebiegu płonicy.

7) Dr. Balikówna: Konserwacja świeżego dopełniacza świnki morskiej 24% roztworem soli kuchennej. (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 49).

8) Prym. Lipiński i Dr. Artymowska: Przyczynek do badań nad agranulocytozą. (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 29/30).

9) Prym. Lipiński: Przyczynek do patogenezy i leczenia wąglika.

Wykłady wygłoszono w Lwowskiem Towarzystwie Lekarskiem: Prym. Lipiński: Bakterjologja płonicy do okresu Dicków 26 lutego 1926. W maju z. r. wygłosił Dr. Stütz na posiedzeniu naukowem Kółka lekarzy szpitalnych wykład p. t.: Podstawy doświadczalne uodparniania czynnego przeciw gruźlicy. Pozatem demonstrowano przypadek agranulocytozy w maju 1926 r. na Kółku lekarskiem (Dr. Artymowska) i w Tow. Lekar. (Prym. Lipiński). We wrześniu wygłosił Prym. Lipiński na I. Zjeździe Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach wykład p. t.: *Etjologja, patogeneza i klinika płonicy w świetle ostatnich badań.*

W ciągu roku 1926 urządzono na oddziale zakaźnym 2 cykle wykł. dokształcających dla lekarzy z poza oddziału zakaźnego na temat:

1) *Bakterjologja kliniczna* (20 godzin);

Wykaz badań wykonanych w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie do końca 1926 roku.

W miesiącu	Kał				Mocz				Krew															Płyn mózgo-rdzeniow.					Wydzielina z gardła i nosa				Plwocina		Ropa i wysięki zapalne			Próba apar. dezynf.	Pobranie surowicy ozdrow.		Treść żołądkowa		ogółem przysłano próbek	ogółem wykonano badań
	wykonano badań													aglutynacyjnych						Odcz. Wasserm.																			wyk. badań na jałowość		wyk. badań			
	ogółem	bakterjolog.	mikroskop.	chemiczn.	ogółem	bakterjolog.	mikroskop.	chemiczn.	ogółem	bakterjolog.	mikroskop.	cytologiczn.	chem. ilość.	z prątk. duru brzusz.	z prątk. Para A	z prątk. Para B	Weil-Felixa	z prątk. Shiga-Kruse	z prątk. Flexnera	z surowicą czynną	z surowicą nieczyn.	odczyn zmęt. Meinickego	odczyn składu Sachs-Georgi	ogółem	bakterjolog.	mikroskop.	chemiczn.	odcz. Wass.	ogółem	na prątki Löfflera	inne drobnoustroje	mikroskop.	ogółem	mikroskop.	ogółem	bakterjolog.	mikroskop.	z bact. subtil.	u uzdrow. odrowych	u uzdrow. płonicznych	chemiczn.	mikroskop.		
grudniu 1925	14	14	—	—	2	1	1	—	11	5	—	—	—	2	—	2	2	—	—	—	—	—	—	12	4	8	—	—	94	46	1	47	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	73	136
styczniu 1926	19	18	1	—	1	—	—	1	125	20	5	1	—	14	—	14	14	—	—	24	24	—	9	9	3	6	—	—	180	116	2	62	9	9	9	3	6	—	2	—	—	—	219	354
lutym	13	13	—	—	22	9	9	4	388	22	8	8	—	18	—	18	18	—	—	118	118	—	60	12	4	8	—	—	118	88	—	30	7	7	3	1	2	—	2	7	—	—	310	572
marcu	13	12	1	—	17	8	8	1	756	15	8	6	—	21	—	21	21	-	—	237	234	193	—	16	5	10	—	1	380	338	1	41	4	4	3	1	2	1	1	3	—	—	661	1194
kwietniu	13	9	4	—	7	3	3	1	626	39	4	—	—	40	—	40	40	2	2	173	173	113	—	28	9	18	1	—	461	385	2	74	3	3	6	2	4	—	5	—	—	—	669	1149
maju	5	5	—	—	12	2	2	8	296	17	2	—	—	17	1	17	17	1	1	77	77	69	—	16	5	10	—	1	352	330	3	19	1	1	17	6	11	1	—	1	—	—	525	701
czerwcu	9	9	—	—	3	1	1	1	398	28	2	—	—	23	—	23	23	1	1	99	99	99	—	14	4	8	1	1	516	443	6	67	2	2	6	2	4	—	—	—	—	—	627	948
lipcu	38	38	—	—	8	3	3	2	338	29	4	1	—	26	—	26	26	2	2	74	74	74	—	18	5	10	2	1	562	508	—	54	5	5	17	7	10	1	1	1	—	—	724	989
sierpniu	57	57	—	—	43	3	3	37	493	38	3	2	1	39	—	39	39	3	3	107	107	112	—	7	2	4	—	1	529	503	—	26	8	8	18	8	10	—	—	—	8	8	828	1171
wrześniu	49	47	2	—	44	6	6	32	773	52	2	8	4	56	—	56	56	—	—	181	181	177	—	19	5	10	3	1	524	511	—	13	19	19	8	3	5	1	2	—	—	—	968	1439
październ.	59	58	1	—	18	7	7	4	864	57	3	12	1	55	—	55	55	—	—	208	208	210	—	4	1	2	1	—	516	468	—	48	19	19	12	4	8	—	1	—	11	11	868	1515
listopadzie	49	48	1	—	7	3	3	1	768	98	1	6	—	27	—	27	27	—	—	191	191	200	—	21	6	12	1	2	694	648	1	45	9	9	23	7	16	1	1	—	3	3	993	1579
grudniu	24	24	—	—	4	2	2	—	696	47	—	2	—	41	—	41	41	—	—	173	173	178	—	15	4	8	1	2	614	560	54	31	6	6	14	5	9	—	3	—	—	—	928	1376
Razem	362	352	10	—	188	48	48	92	6532	467	42	46	6	379	1	379	379	9	9	1662	1659	1425	69	191	57	114	10	10	5540	4944	70	557	95	95	136	49	87	5	18	12	22	22	8393	13123

2) Szczepienie ochronne przeciw płonicy, błonicy i odrze (2 godziny).

Sprawozdanie z działalności pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego.

Diagnostyka chorób zakaźnych przy pomocy badań bakterjologicznych rozwinęła się w ostatnich latach do tego stopnia, że wprost niemożliwem wydaje się nowoczesne prowadzenie oddziału zakaźnego bez pracowni bakterjologicznej. Toteż natychmiast po objęciu prymarjatu rozpocząłem starania, zmierzające do uruchomienia pracowni oddziałowej. Dzięki poparciu Dyrekcji Szpitala i Wydziału Samorządowego, mimo bardzo niekorzystnej sytuacji gospodarczej, już z końcem listopada 1925 pracownia bakterjologiczna rozpoczęła wykonywanie analiz oddziałowych, uskuteczniamych dotychczas dzięki uprzejmości kierownika Doc. dra Gąsiorowskiego w Państwowym Zakładzie Higjeny. O konieczności pracowni i rozmiarach jej pracy najlepiej świadczą cyfry. Ze skromnej liczby *136 badań* w pierwszym miesiącu doprowadzono wkrótce, rozszerzając stopniowo zakres działania, do 1579 badań w ciągu jednego miesiąca. W roku 1926 wykonano ogółem 13.123 badań bakterjologicznych, serologicznych i klinicznych, uruchomiono własną stację Wassermanna.

Jak wykazuje szczegółowe sprawozdanie, naczelne miejsce pomiędzy badaniami w naszej pracowni zajmują badania bakterjologiczne i serologiczne *krwi*. Badań krwi wykonano w roku 1926 6532. Składają się na nie: badania bakterjologiczne, (posiewy krwi), których wykonano 467, mikroskopowe, cytologiczne i chemiczne 94, (poza badaniami, wykonanemi na oddziałach), badania serologiczne (odczyn Gruber-Widala z prątkiem duru brzusznego, duru rzekomego A i B, z prątkami czerwonkowemi typu Shiga-Kruse i Flexnera), odczyn Weil-Felixa 1156.

Stacja Wassermannowska wykonała 1662 badań surowicy krwi i płynów mózgowo-rdzeniowych, co stanowi 3324 odczynów Wassermanna w stanie czynnym i unieczynnionym. Równocześnie z odczynem Wassermanna wykonywano stale, jak tego wymaga obecnie stan nauki, odczyny kłaczkujące, a zatem odczyn zmętnienia Meinickego 1425 razy, odczyn Sachsa-Georgiego 69 razy.

Drugie miejsce pod względem ilości zajmują badania wydzieliny z gardła i nosa. Badań tych wykonano w ciągu roku 5540, przedewszystkiem w kierunku błonicy. Dzięki pracowni bakterjologicznej ustalono częstość powikłań płonicy błonicą, która w zeszłorocznej epidemji lwowskiej dochodziła do 5.5%. Badania nad prątkiem Loefflera, rozpoczęte w Instytucie Prof. Nowaka w Krakowie, prowadzono dalej w pracowni bakterjologicznej oddziału zakaźnego. Dzięki ulepszeniu pożywki Costy, rozpoznanie różniczkowe, które wymagało dotychczas doświadczenia na śwince morskiej celem zróżnicowania między prątkiem błoniczym a prątkiem rzekomobłoniczym, możliwem jest obecnie do 24 godzin, a często i wcześniej bez doświadczenia na zwierzęciu. Wyniki badań będą podane w osobnej pracy.

Badania obowiązkowe wszystkich ozdrowieńców po płonicy na obecność łańcuszkowców krwiobójczych ujawniły występowanie łańcuszkowców płoniczych nawet z końcem szóstego tygodnia, u osób klinicznie zupełnie zdrowych. Spostrzeżenia te mogą wnieść pewne światło na występowanie późnych zakażeń w domu t. zw. (Heimkehrerfälle) i stanowią przedmiot dalszych naszych badań.

Badania bakterjologiczne kału wykonano 362 razy w kierunku duru brzusznego, durów rzekomych i czerwonki. Mocz badano bakterjologicznie, chemicznie i mikroskopowo 188 razy. Badania moczu wykonywane pozatem każdorazowo na oddziałach, nie są objęte niniejszem sprawozdaniem.

Badanie bakterjologiczne płynów mózgowo-rdzeniowych wykonano 191 razy.

Pozostałe badania przypadają na plwocinę (95 razy), ropę i wysięki zapalne (136 badań) i treść żołądkową (22 badań).

Jak wspomniałem w sprawozdaniu z oddziału zakaźnego, pobierano krew od ozdrowieńców po płonicy (12 razy) i odrze (18 razy) a surowicę ich podawano bądź w celach leczniczych, bądź zapobiegawczych. Pracownia wykonywała badania surowic na jałowość.

Aparat dezynfekcyjny *) oddziału zakaźnego pozostawał stale pod kontrolą pracowni bakterjologicznej. Badanie bakterjologiczne aparatu dezynfekcyjnego wykonuje pracownia systematycznie co miesiąc.

Ostatnie zdobycze wiedzy znalazły głośny odruch w naszej pracowni. Z pracowni bakterjologicznej, w której pracuje stale dwóch specjalistów (Dr. Stütz i Dr. Balikówna) opublikowano dotychczas 2 prace naukowe, a kilka dalszych prac jest w toku.

Poza oddziałem zakaźnym korzystały z pracowni inne oddziały szpitalne, przedewszystkiem Oddział Wewnętrzny I, Oddział Wewnętrzny II, Oddział skórny żeński, Oddział chirurgiczny, dziecięcy.

Przez krótki czas wykonywała nasza pracownia badania bakterjologiczne dla Okręgowego Związku Kas chorych. Uzyskane fundusze obrócone w porozumieniu z Dyrekcją na potrzeby pracowni, pozwoliły na zakupno szeregu niezbędnych przedmiotów dla pracowni.

*) Aparat „Vacuform" typu U. D. S. dla dezynfekcji parą wodno-formalinową o temp. + 60 do 65° C. i próżni 60 do 65 cm słupa rtęci.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Uważam spór o wyrazy kuracja, kuracjusz, kuracyjny za niepotrzebny i zbyteczny. Są to dziś już zakorzenione w polskiem słownictwie wyrazy, które zyskały od dawna zupełne prawo obywatelstwa. Wyrazy te jak i niemieckie Kur, francuskie i angielskie *cure* pochodzą wszystkie od łacińskiego *cura* t. j. troska, troskliwość, pielęgnowanie, leczenie, jak i *curare*, starać się, dbać, pielęgnować, leczyć, *curatio*, staranie, troskliwość, pielęgnowanie, leczenie, *curabilis* etc. Są to lepsze wyrazy jak lecznik, uzdrownik i gość zdrojowy; to też wcale nie potrzebujemy się silić, by wyrugować te dobre i przyjęte od dawna w słownictwie polskiem wyrazy. Na łazienkach kuracyjnych w starożytnym Rzymie widniał napis: *Nonenim curatur, qui curat*, co Goethe zwięźle tak przetłumaczył: *Beim baden ist es erste Pflicht, dass man sich nicht den Kopf zerbricht.*

Dr. Fels (Lwów).

Wyraz: schemat niektórzy wymawiają z niemiecka a dlatego — z kolei — i piszą: szemat.

Należy wymawiać: s-chemat (jak s-chizma) i tak też pisać.

Nie należy mówić (lub tem bardziej pisać): „nie wiadomo, o co się rozchodzi", jeno: „nie wiadomo, o co chodzi".

Sn. Sg.

Dalsze poszukiwania wyrazu zastępującego słowo „kuracjusz". W słowniku języka polskiego ułożonym pod red. Jana Karłowicza, Ad. Kryńskiego i Wład. Niedźwieckiego tom II (W-a 1902) str. 700 czytamy: X lecznisko (X = mało używany) — miejsce przeznaczone na leczenie, zdrojowisko (jabym dodał = uzdrowisko). Logicznie należałoby wysnuć i wyraz „lecznik" oznaczający leczącego się w lecznisku; ale nieco wyżej widnieje: *lecznik**, a (liczba mnoga *i) podlistnik* bot. (streptopus) rośl. z rodziny liljowatych.

Ów botaniczny *„lecznik"* zajął w słowniku miejsce wcześniej i nabył praw obywatelskich. Nie przeszkadza to jednak (moim zdaniem) uczynić wspomniany wyraz równoznacznikiem (homonimem). Możemy mówić i pisać o *„lecznikach"* rosnących po polach oraz i o tych „lecznikach" i „leczniczkach", których kierujemy do odpowiednich *lecznisk.*

Dr. A. Nasiłowski (Sosnowiec).

W jednej z prac „Praktyki lekarskiej" ark. 4. czytam ze zdumieniem: 1) frapująco — powinno być uderzająco (wybitnie), 2) koincydencja — po polsku równoczesność (jednoczesność).

A. N.

OCENY.

Ueber die Klassifikation der chronischen Lungentuberkulose. Prof. Dr. Sternberg, Direktor d. Staatinstitutes f. Tbcforschung in Leningrad. 1926. Verlag Ambrosius Barth, Leipzig.

Powszechnie znana klasyfikacja gruźlicy według Turbana uwzględnia tylko rozległość zmian gruźliczych. Daje ona przez to pojęcie o statyce zmian chorobowych, a nie o ich dynamice (jestto stosunek sił obronnych ustroju do zakażenia, wyrażający się ciepłotą, tętnem, wagą ciała, ogólnym stanem sił chorego, łaknieniem itd.), która decyduje o rokowaniu i leczeniu.

Również klasyfikacja Albrecht-Aschoff'a oparta na jakości zmian anatomo-patologicznych nie daje jasnego obrazu choroby.

*) Widocznie jest to roślina rzadka i mało znana, gdyż nie znalazłem o niej wzmianki ani w encyklopedji powszechnej Olgebranda, ani w encyklopedji ilustrowanej Trzaski i Ewerta, ani w dostępnych mi podręcznikach botaniki. Nie mogli mi o niej udzielić żadnych wiadomości zapytywani przyrodnicy i farmaceuci miejscowi.

Rozróżnienie przez nią form włóknistych od wysiękowych natrafia na duże trudności przy badaniu metodą wyłącznie kliniczną. Jedynie dobrze zrobiona płyta Roentgenograficzna daje możność orjentacji. Ponadto założenie tych autorów, jakoby formy włókniste dawały rokowanie pomyślne, a wysiękowe złe, nie wytrzymuje krytyki. Wiadomo bowiem, że zmiany wysiękowe mogą ulec wessaniu lub zabliźnieniu, natomiast zmiany włókniste mogą prowadzić do rozpadu serowatego i powstania jam. Trudno więc postawić rokowanie na podstawie tej klasyfikacji.

Klasyfikacja przewlekłej gruźlicy Sternberga przyjęta przez II. zjazd przeciwgruźliczy w Moskwie przyjmuje dwie wytyczne: rozległość zmian i stopień zatrucia ustroju, dając tem samem pojęcie o statyce i dynamice schorzenia.

Dla przedstawienia rozległości zmian gruźliczych zachowano podział Turbana na trzy stadja: (stadjum I. to lekkie (rozsiane) zmiany w obrębie części jednego płata płucnego. Stadjum II. to lekkie (rozsiane) zmiany w obrębie całego płata płucnego lub też ciężkie zmiany (naciek) w części jednego płata. Stadjum III. Zmiany rozleglejsze, niż w stadjum II. i przypadki z jamami.

Nasilenie zaś zatrucia ujęto w 4 stopnie:
1. Stan zdrowia w pojęciu praktycznem.
2. Gruźlica wyrównana *(Kompensatio)*.
3. Gruźlica częściowo tylko wyrównana *(Subkompensatio)*.
4. Gruźlica niewyrównana *(Dekompensatio)*.

Ad 1. Zdrowym w pojęciu praktycznem jest osobnik wtedy, jeśli ma zmiany I. lub II. stadjum Tarbana, ale wcale nie gorączkuje, ma dobry apetyt, stałą wagę ciała, i jest już przynajmniej od 2 lat zdolnym do pracy. Wykluczeni są z tej kategorji chorzy ze zmianami III. Turbana i chorzy prątkujący, choćby nawet klinicznie mieli się od szeregu lat zupełnie dobrze. U zdrowych w pojęciu praktycznem sprawa chorobowa nie posuwa się naprzód, ale też nie zawsze ulega zagojeniu.

Ad 2. Przy gruźlicy wyrównawczej brak jest objawów zatrucia, ogólny stan chorego jest zupełnie dobry. Stan wyrównania choroby i zdolności do pracy trwa u tych osobników krócej niż 2 lata. U niektórych jednakże istnieją krótkotrwałe zaostrzenia (stany niewyrównane) najczęściej jesienią i wiosną. Takie zaostrzenia mogą występować pod formą znużenia, braku łaknienia, utraty wagi ciała, czasem nawet przy prawidłowej ciepłocie.

Ad 3. Gruźlica częściowo tylko wyrównana. Chorzy miewają stany podgorączkowe 37—37.5°, ciepłota ich nie przekracza jednakże 38°, tracą systematycznie na wadze, są znużeni i pobudliwi psychicznie. Ludzie ci często nie uważają się za chorych, ale nie są już zdolni do pracy, nadają się oni najlepiej do skutecznego leczenia sanatoryjnego. Im zawdzięczają sanatorja swą dobrą statystykę.

Ad 4. Gruźlica niewyrównana. Kiedy ustrój ulega w walce z bakterjami i równowaga między siłami odpornościowemi ustroju a bakterjami przechyla się na korzyść tych ostatnich. Chorzy gorączkują powyżej 38°, tracą na wadze, miewają dreszcze i nocne poty, muszą pozostawać stale w łóżku. Stan taki kończy się śmiercią lub może przejść zwolna w stan wyrównania.

Według tej klasyfikacji jest jasnem, że: przypadek I. Turbana z niewyrównaniem przedstawia gorsze rokowanie niż nawet przypadek III. Turbana wyrównany.

Lekarz może ponadto dodać do każdego przypadku swe uwagi n. p.: czy proces posuwa się naprzód, jaki jest charakter zmian itd.

Klasyfikacja ta jest przejrzysta i dostępna dla każdego lekarza.

Dr. Kragenówna.

Profesor K. Jonscher. *Społeczna ochrona dziecka przed gruźlicą.* Bibljoteka „Orędownika Zdrowia" Nr. 1. — Str. 56. — Poznań. 1927.

Dziełko starczące za dzieło. Ilość myśli, informacji, faktów i cyfr — wielka; forma wykładu — piękna.

Do napisania takiej bogatej treścią pracy potrzeba: wiedzy o danym przedmiocie, jasności myślenia, jasności wysławiania się i talentu popularyzatorskiego, to znaczy sztuki wykładania rzeczy zawiłych (mnóstwo danych cyfrowych) w sposób łatwy.

Autor umie statystykę uczynić nienużącą; umie nią zaciekawić i pociągnąć do wgłębienia się w szczegóły.

Doskonała ta praca była w skróceniu wygłoszona na II. ogólno-polskim Zjeździe przeciwgruźliczym we Lwowie, a in extenso wydrukowana w Nowinach Lekarskich (Nr. 19 r. 1926).

Sn. Sg.

Prof. Dr. J. Weicksel. *Die Physikalische Therapie (Breitensteins Repetitorien Nr. 48.).* Leipzig. Verlag I. A. Barth 1927.

Skróty Breitensteina mają już ustaloną opinję nietylko w Niemczech, lecz i zagranicą. Są najczęściej opracowane przez pierwszorzędnych specjalistów i służą młodzieży studjującej dla powtórzeń przdegzaminacyjnych. Wiele z nich wytrzymało już kilka wydań, co najlepiej świadczy o ich popularności. Wśród skrótów książeczka prof. Weicksla należy może do najlepszych, gdyż autor na stu zaledwie stronach zebrał bardzo bogaty materjał, dotyczący fizykalnego lecznictwa, który pozwoli lekarzowi praktycznemu łatwo zorjentować się w całokształcie omawianych zagadnień. Stosunkowo najwięcej miejsca poświęcił autor wodolecznictwu. Omawia dokładnie technikę wodolecznictwa, poszczególne rodzaje kąpieli (pełna, pół-kąpiel, nasiadówka, jodowe, aromatyczne, mułowe itd.) oraz picie wód. W szczegółowej części tego rodzaju podaje autor sposoby stosowania wodolecznictwa w poszczególnych grupach schorzeń, jak w chorobach zakaźnych, schorzeniach przewodu oddech., pokarm., w chorobach nerwow., konstytucyjnych itd. Druga część książeczki poświęcona jest leczeniu elektrycznością, w szczególności zaś leczeniu światłem. Jest rzeczą zrozumiałą, że na dziesięciu stronach można było zaledwie wspomnieć o rodzaju zabiegów i ich wskazaniach, natomiast bardziej szczegółowo omawia autor w trzecim rozdziale sprawę mięsienia. Ostatni rozdział poświęcony jest inhalacji, w którym autor opisuje różne rodzaje aparatów, służących do inhalacji (rozpylające, dla astmatyków aparat Tuckera, Oertela, respirator Curschmanna i t. p.) oraz podaje szereg wskazań do stosowania inhalacji (nieżyty oskrzelowe, zapalenie płuc, ropień lub zgorzel płuc).

Książeczka prof. Weicksla opracowana jest bardzo starannie, chociaż nierównomiernie, wartość jej jednak podnosi fakt, że opracowana jest i oparta na bogatem doświadczeniu autora. Lekarz praktyk znajdzie w niej cały szereg cennych wskazówek leczniczych, szczególnie z działu wodolecznictwa.

Medyński (Kraków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XVI. Nr. 1. z 1. maja 1927: T. Cybulski: Lekarskie postulaty zdrojownictwa krajowego; Sprawozdanie z Walnego Zebrania Polek Tow. balnelogicznego.

Nowiny społeczno-lekarskie, Rok I, zesz. 1. z r. 1927: Od redakcji: C. Wroczyński. Potrzeby pielęgniarstwa społecznego w Polsce. — S. Świątecki: Walka czy współpraca. — Z życia Związku lekarzy P. P. — Izby lekarskie.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 19. z 8 maja 1927: I. Bajsarowicz. Homeopatja. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Rok. II. zesz. 5. z 1 maja 1927: R. Buber: Zakres osobowy w projekcie ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — A. Krieger: Organizacja ubezpieczenia i nadzór. — K. Osiewski. Świadczenia na wypadek choroby i macierzyństwa. — K. Osiowski. Grupy zarobkowe, składki i przepisy finansowe. — I. Łazowski. Świadczenia na wypadek inwalidztwa i śmierci. — W. Bruner. Ubezpieczenie wypadkowe. — S. Dobrowolski. Podstawa obliczania składek. — I. Zjazd Kas chorych w sprawie walki z gruźlicą. — Finanse Kas chorych Górnego Śląska w r. 1925.

Kronika dentystyczna. Rok XXII, Nr. 3—4, za marzec—kwiecień 1927: Peker S. O zakażeniu ustnem. — Kramsztyk. O zastosowaniu buljonu szczepionkowego wg. Besredki w praktyce dentystycznej. — Dział sprawozdawczy.

Wiadomości farmaceutyczne. Rok LIV, Nr. 20, z 15 maja 1927: Józef Bajsarowicz: Homeopatja (dok.). — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Lekarz Polski, Rok. III., Nr. 5, z 1 maja 1927. B. Jakimiak. Rozwój, organizacja i stan obecny Szpitalnictwa Warszawskiego.— W. Marjański. Nowe projekty. — W. Ch. Dwie ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych. — St. Czerwiński. Art. 528. Kodeksu karnego z r. 1903. w związku z §§ 8 i 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia Publiczn. z dnia 22 września 1922 w kwestji zabronionego uprawiania nierządu. — K. B. Na marginesie ustawy o powszechnym obowiązku służby wojskowej. — J. Bujalski. Bez obłudy. — Medycyna społeczna za granicą. — Z Kas chorych. D. F. Z Warszawskiej Kasy chorych. — Nowe zaostrzenia. — Z izb lekarskich. — W. Jeżewski. Naczelna Izba lekarska.

Pedjatrja Polska, Tom. VII., zeszyt 2 za marzec—kwiecień 1927. Szenajch. Polska twórczość pedjatryczna. — Bussel i Hirschfeldowa. Przyczynek do leczenia ropnego zapalenia opłucnej optochiną. — Gerleé. Wyniki oddziału dla niemowląt Kliniki Wileńskiej w pierwszych dwóch latach. — Redlich. Przypadek zapalenia mózgu w przebiegu odry. — Barański

i B u s z e l. Przyczynek do badań nad novasurolem u dzieci. — W. M i k u ł o w s k i. O współczesnych poglądach na patogenezę zakażeń kiszkowych (streszcz. zb.).

Opieka nad dzieckiem. Rok V, Nr. 2, za marzec—kwiecień 1927. W. S z u m a n. Belgijskie Zakłady rodzinne dla sierót. — S. S t y p u ł k o w s k i. Ośrodek zdrowia w Mokotowie. — I. B o g d a n o w i c z. Amerykańskie projekty w celu ujednostajnienia i porównywania działalności higjenicznej miast. — W. J a s i ń s k i i I. M u r a s z k ó w n a. Sprawozdanie lekarskie z działalności kolonji leczniczej im. I. Śniadeckiego dla dzieci w Druskienikach w latach 1924—1926.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 5, styczeń 1927.

Prof. Dr. G. M a n s f e l d (Pécs-Węgry): *Próby operacyjnego leczenia cukrzycy.* Podaje interesujące wyniki otrzymane w doświadczeniach swoich na zwierzętach, u których na podobieństwo zabiegu Steinach'a przeprowadzał szczególne operacje na trzustce. Operacja ta polegała na przewiązaniu tego narządu z oszczędzeniem ważniejszych naczyń. W ten sposób narząd ten daje się podzielić na część czynną trawiennie i na część pozostałą odciętą od przewodu pokarmowego, w następstwie czego toczą się tutaj procesy wytwórcze sprowadzając nadmierny rozwój wkrewnego układu trzustki tj. wysp Langerhans'a. Badania krzywej cukru we krwi, jakoteż i nad tolerancją węglowodanową u zwierząt tak operowanych przemawiają całkowicie za tem zapatrywaniem. Najbardziej przekonywującemi są obrazy drobnowidowe części wkrewnej trzustki, wykazujące znaczny rozrost i pomnożenie wysp Langerhans'a. Ze względu na to, że zabieg ten niebyłby ciężki radzi autor podjąć próby operacyjnego leczenia cukrzyc.

R. S t r e m p e l, G. A r m u z z i (Bonn): *Z badań nad eksperymentalnym durem powrotnym.* Krętek duru powrotnego nie jest związany wyłącznie z narządem krążenia. W różnych okresach tej choroby dostawać się może do rozmaitych narządów i komórek różnych tkanek przyczem fagocytarnych czynności komórek względem tych zarazków nie można wykazać. Postacie zwyrodnieniowe krętka spotykano zwłaszcza w ciałkach czerwonych, we fagocytach śledziony i komórkach wątrobowych. W mózgu znajdują się krętki we wszystkich okresach chorobowych tego duru, a nawet i w okresie uodpornienia dadzą się niekiedy w drodze zaszczepienia wykazać.

Dr. W e r n e r Z o r n (Greifswald): *O wpływie Gynergenu na ciśnienie krwi i tętno człowieka.* W odpowiedzi na przypadek zapodany przez Hochne'go odnośnie do przypadku śmierci u rodzącej po wstrzyknięciu gynergenu stwierdza autor, że lek ten podnosi ciśnienie krwi i zwalnia zarazem tętno. Celem zabezpieczenia się od następstw niepożądanych radzi równocześnie stosować injekcję chlorku wapniowego.

Dr. W. B e c k (Berlin): *Hypoglykaemia z zejściem śmiertelnem.* Przedstawia przypadek śmiertelnej hipoglikemji powstałej po 15 j. insuliny u 48-letniego chorego na cukrzycę, u którego cukier we krwi był bardzo duży 600 mgr.%. Hipoglikemja wystąpiła nagle w ten sposób zupełnie nieoczekiwana mimo obfitego dowozu węglowodanów, kończąc się śmiertelnie.

Nr. 6, 1927.

Prof. H. C u r s c h m a n n (Rostoch): *O białaczce po kuracji odtłuszczającej.* Przytacza cały szereg spostrzeganych przez siebie przypadków białaczek, u których przed początkiem choroby stosowano odtłuszczające leczenie za pomocą takich sposobów jak głodówka a przeważnie leczenie thyreoidyną lub też kombinowane. W przypadkach tych możnaby myśleć, że białaczka może pozostawać w pewnym niejasnym związku ze schudnięciem i stratą wagi ciała.

Prof. B. Z o n d e k i Dr. S. A s c h h e i m (Berlin): *Hormon przedniej części przysadki.* Hormon powyższy jest motorem czynności płciowych. Dzięki niemu toczą się procesy dojrzewania we follikułach jajnika i moblilizacja jajnikowych hormonów. Te zaś hormony działają z kolei na macicę i pochwę. Jajo nie odgrywa tu roli głównej, nie wywołując produkcji hormonu w aparacie follikularnym. Gdy bowiem poddamy naświetlaniu Roentgenem jajniki, produkcja hormonu dalej się odbywa. Ustaje zaś wtedy, gdy system follikularny tak dalece temi naświetlaniami został uszkodzony, że hormon przysadkowy nie może już wyprodukować jajnikowego hormonu.

Dr. A. B a k k e r (Groningen): *Przemiana materji komórek rakowych i leukocytów w wysiękach.* Ciała wypocinowe (leukocyty) posiadają zdolność spalania środków odżywczych na drodze chemicznej tak jak wszystkie tkanki normalne i są siedliskiem procesów fermentacyjnych. C. wypocinowe spalają cukier gronowy na kwas mlekowy także i w dostępie tlenu (aerob), w czem przypominają komórki rakowe.

Dr. H. S c h o e n e m a n n (Dresden): *Podłużne pęknięcie jedenastego lewego żebra przy kaszlu.* Przedstawia podobny przypadek u 44-letniej kobiety chorej na gruźlicę płuc. Pęknięcie stwierdzono sekcyjnie. Rzadki ten przypadek pozostaje w związku z nadmiernem wykształceniem przyczepu na tem żebrze m. najszerszego grzbietu *(m. latissimus d.)*, który u osób silnie kaszlących często przerasta.

Nr. 7, 1927.

Prof. S t r a u s s: *Niedomoga narządu krążenia jako przyczyna śmierci u cukrzycowych.* Rozważa przypadek zejścia śmiertelnego u cukrzycowych tak w stanach po przebytem *coma,* jakoteż i w stanach bez *coma.* Przyczyną tego bywa niedomoga narządu krążenia.

H a n s M a r t e n s t e i n i K a h l G. L e d e r m a n n (Breslau: *Do problemu infekcji podwójnej.* Rozstrząsają kwestję wpływu grzybka Achorion qu. na przebieg gruźlicy u zwierząt Z doświadczeń ich wynika, że grzybek ten zaszczepiony na zwierzętach gruźliczych wpływa korzystnie na gruźlicze zmiany skórne i gruczołowe.

Dr. R e i m o l d i Dr. K r a m e r (Breslau): *O leczeniu posocznicy dziecięcej przetaczaniem krwi.* Podaje krew citratową dożylnie przez szereg dni w ciężkich stanach septycznych u dzieci w dawkach stosunkowo nie dużych, albowiem po kilkadziesiąt cm^3. Dość często posługuje się krwią matki. Wyniki lecznicze dosyć dobre.

Nr. 8, 1927.

H e i m a n n-T r o s i e n i H i r s c h-K a u f m a n n (Breslau): *O leczeniu cukrzycy dziecięcej.* Na podstawie doświadczeń w klinice sądzą, że najodpowiedniejszy sposób leczenia dziecięcej cukrzycy stanowi dieta i równoczesne stosowanie insuliny nawet w leczeniu ambulatoryjnem.

Prof. Dr. L. B e n e d e k, Dr. E. v. T h u r z ò (Debreczyn): *O nowym odczynie oksydacyjnym w płynie mózgowo-rdzeniowym.* Rozpoznawcza wartość odczynu oksydacyjnego da się porównać z wartością odczynów globulinowych. Odczyn dodatni na +++ występuje zwłaszcza przy paraliżu postępowym a przy zapaleniu opon występuje jeszcze szybciej.

Dr. G i e r t h m ü h l e n i Dr. J e s s (Düsseldorf): *O obrazie krwi u noworodków.* U noworodków zaraz po urodzeniu występuje w obrazie krwi znaczne przesunięcie obrazu na lewo, które się do 3-ciego dnia cofa. To przesunięcie występuje także i u położnicy jednak jest daleko większe. U dzieci urodzonych przed czasem spotykali znaczniejsze wartości dla limfocytów, jakoteż dużo c. czerwonych jądrzastych.

Nr. 9, 1927.

Prof. Dr. H. E y m e r (Innsbruck): *Climacterium.* Symptomatologja okresu przejściowego i leczenie. Referat poglądowy.

Doc. Dr. E. B l u m e n f e l d t i Dr. E. W o l l h e i m: *Ocena kliniczna wad serca wrodzonych.* Przedstawia przypadek wrodzonego zwężenia ujścia tęt. płucnej z ubytkiem przegrody. Rozpoznanie tutaj oparło się także i na badaniach pomocniczych takich jak obliczenie składu krwi, ilości krwi, i na badaniu stanu wypełnienia naczyń; z tego powodu zalecają ją do rozpoznawania podobnych wad serca.

Dr. H a s e n ö h r l, Dr. F. H ö g l e r (Wiedeń): *Przyczynek do kwestji nad wpływem elektrolitów na poziom cukru we krwi człowieka.* Jony Na, K i Ca nie wywierają swoistego wpływu na poziom cukru we krwi. Także i przecukrzenia adrenalinowego nie można opanować zadziałaniem tych jonów. Połączenie Ca z atropiną także nie obniża poziomu cukru.

Dr. H. S t a u b (Basel): *O regulacji wydzielania insuliny.* Insulina w ustroju pojawia się okresowo i to po spożyciu cukru. Być może, że poziomowi cukru we krwi przypada w udziale regulacyjna czynność w przemianie materji węglowodanowej, przez odpowiednie pobudzanie ustroju do wydzielania insuliny. Czynność kontrolną zdaje się tu pełnić układ nerwowy.

Doc. Dr. D ü t t m a n n (Giessen): *Leczenie nieżytu pęcherza mocz. kwasem mlekowym.* Zaleca stosowanie kwasu mlekowego do przepłukiwań pęcherza, uważając takie środki jak *argent. nitr.* za szkodliwe dla tkanki.

Z. Tomanek (Lwów).

Nr. 45, 1926.

F r a n k, N o t t m a n i W a g n e r: *O syntalinie.* Wynalezienie syntaliny, nowego leku przeciwcukrzycowego, który okazał

się czynnym nawet w stosowaniu doustnem, stanowi zasługę autorów. Badania doświadczalne i kliniczne przeprowadzono na wrocławskiej klinice Minkowskiego.

Punktem wyjścia badań była guanidyna. Z ogłoszonych już uprzednio badań autorów wynika, że guanidyna, zastrzyknięta podskórnie w dawce 0,3 gr. na kilo wagi, powoduje u głodzonego w ciągu 24 godzin królika stopniowo wzrastające obniżenie poziomu cukru. Hipoglikemja guanidynowa dochodzi przeciętnie po 4 godz. do 0,035°/o i powoduje następnie skurcze toniczne, wskutek których zwierzę szybko ginie. O ile uprzednio zastrzyknąć królikowi podskórnie cukier gronowy, albo jednocześnie z guanidyną zastrzyknąć mu odpowiednią dawkę adrenaliny, albo wreszcie nasycić go uprzednio glikogenem, wówczas udaje się przedłużyć czas życia zwierzęcia do 24—36 godzin. Z chwilą jednak wystąpienia kurczów, zastrzyki cukru gronowego nie wywierają, w przeciwieństwie do tego, co widzimy przy insulinie, żadnego wpływu i zwierząt nie daje się uratować. Dawki mniejsze 0,1—0,2 na kilo wagi nie powodują, co prawda, przy jednorazowym zastrzyku żadnych objawów ubocznych, okazują się jednak bez wpływu na poziom cukru we krwi. W poszukiwaniu związku okazującego hipoglikemiczne działanie guanidyny, a nie posiadającego jej działania toksycznego, rozpoczął Frank badania nad znalezioną przez Kossela w spermie śledzi, a następnie otrzymaną również na drodze syntetycznej, pochodną guanidyny guanidynobutylaminą, zwaną agmatyną.

Agmatyna posiada właściwość obniżania poziomu cukru we krwi już w dawkach 0,08—0,1 na kilo wagi, nie powodując przytem żadnych objawów ubocznych. Hipoglikemja po zastrzykach agmatyny nie jest jednak znaczna, powiększenie zaś dawki powoduje przejściowy okres hiperglikemiczny.

Pierwszą pochodną guanidyny o działaniu, wywołującem hipoglikemiczny zespół objawów, jaknajdokładniej podobny do otrzymywanego po stosowaniu insuliny, okazała się admidopentylenguanidyna. Z chwilą wystąpienia kurczów wystarczało, podobnie jak po insulinie, zastrzyknąć dożylnie kilka kropli cukru gronowego, aby kurcze prawie natychmiast ustąpiły i zwierzę wróciło do stanu normalnego. Dawka kurczowa wynosiła około 0,2 gr. na kilo. Dawki mniejsze powodują wyłącznie obniżenie poziomu cukru bez wybitniejszych objawów ubocznych.

W poszukiwaniu pochodnych guanidyny o jeszcze silniejszem działaniu hipoglikemicznem otrzymał Frank po długich badaniach szereg związków, których dawka, niezbędna do wywołania kurczów, stawała się coraz mniejszą. Przy związku nazwanym A wynosiła ona 0,03 na kilo, przy związku B — 0,006, przy związku zaś C zaledwie 0,003. Związki te różnią się między sobą jedynie coraz większą długością łańcucha CH_2. Preparat C nazwano syntaliną.

Badania powyższe dotyczyły wpływów pochodnych guanidyny na ustrój zdrowy. Po wynalezieniu syntaliny przystąpiono do badań nad wpływem nowego leku na zwierzęta cukrzycowe (po usunięciu trzustki). Otóż badania autorów wykazują w sposób nie ulegający wątpliwości, że syntalina przywraca cukrzycowemu zwierzęciu zdolność zużytkowywania węglowodanów; w stosunkowo krótkim czasie udaje się u pozbawionego trzustki psa obniżyć poziom cukru do normy lub, powiększając dawkę, — poniżej normy; wywołany zaś dużą dawką syntaliny zespół ciężkich objawów hipoglikemicznych możemy natychmiast usunąć za pomocą zastrzyku cukru gronowego.

Ważną różnicę w stosunku do insuliny stanowi fakt, że działanie syntaliny występuje powolniej, natomiast utrzymuje się znacznie dłużej. Wszystkie powyżej opisane badania dotyczyły przeważnie stosowania podskórnego, okazało się jednak, że podawanie doustne prawie w niczem nie zmienia działalności leku. Dawkę syntaliny, niezbędną do wywołania kurczów, stanowi przy stosowaniu podskórnem 0,03 na kilo, przy podaniu zaś doustnem potrzebna dawka wynosi 0,05, czyli, że w doświadczeniach na zwierzęciu dawka doustna przewyższa dawkę podskórną zaledwie $^1/_2$ raza.

Otrzymanie środka przeciwcukrzycowego działającego doustnie, jest z praktycznego punktu widzenia rzeczą tak niesłychanie ważną, że skłoniło autorów do wypróbowania syntaliny na człowieku. W próbach tych konieczna była jaknajdalej idąca ostrożność ze względu na pewne toksyczne właściwości preparatów guanidynowych i obawę ew. niepożądanie przykrych objawów działania ubocznego, które autorzy dość często stwierdzali w doświadczeniach na zwierzętach (brak łaknienia, wymioty, ogólne osłabienie). Okazało się jednak, że odpowiednie dawki syntaliny powodują to, że ustrój chorego na cukrzycę jest w stane zużytkować z przenikającego do moczu cukru około 40—45 gr. i to bez żadnych uciążliwych lub przykrych objawów ubocznych. Autorzy przytaczają historje chorób kilku chorych wraz z krzywemi, dotyczącemi zachowania się poziomu cukru we krwi, wielkości cukromoczu, ilości acetonu i kwasu acetooctowego oraz wagi ciała.

Pełne działanie syntaliny występuje nie w pierwszym dniu, lecz przeważnie dopiero na drugi dzień; pozatem w razie podawania jej w ciągu 2 dni działanie jej utrzymuje się jeszcze w ciągu trzeciego. Jednocześnie ze stwierdzonem zmniejszeniem się wydzielania cukru zmniejsza się i wydalanie wody, doprowadzające do powiększenia wagi ciała, a czasem, rzadziej zresztą niż po insulinie, nawet do niewielkich obrzęków. Ciała acetonowe znikają szybko zarówno ze krwi jak i z moczu. Poziom cukru we krwi spada powoli i udaje się go pomimo przyjmowania pokarmów doprowadzić do normy.

Leczenie śpiączki cukrzycowej pozostaje domeną szybko działającej insuliny, działająca bowiem powoli syntalina rozwija swe pełne działanie dopiero na drugi dzień. Toż samo dotyczy ciężko chorych djabetyków, leczonych przez dłuższy czas insuliną, a którzy po odstawieniu insuliny szybko zapadają w śpiączkę.

Autorzy leczyli dotychczas syntaliną 70 djabetyków, niektórzy z pośród nich są na syntalinie już od 6 miesięcy. Pośród leczonych z powodzeniem chorych znajduje się cały szereg takich, u których stwierdzono ciężkie powikłania, jak n. p. zgorzel cukrzycową, b. przykre swędzenie skóry, istniejącą od dłuższego czasu balanitis i t. p. Powikłania te pod wpływem syntaliny ustępowały b. szybko.

Syntalina okazała się skuteczną nawet w przypadkach odpornych na insulinę.

Podawanie syntaliny zmniejsza przeciętnie cukromocz o 40 do 45 gr. To powiększenie zużytkowania węglowodanów okazuje się dla lekkiego lub średniego ciężkiego djabetyka wystarczającem do umożliwienia spożywania dostatecznej ilości węglowodanów i usunięcia kwasicy miernego stopnia. Autorzy mieli pośród swych chorych przypadki lekkie, średnio ciężkie i ciężkie i preparat okazał się czynnym bez wyjątku u wszystkich, z wyjątkiem przyp. śpiączki, w których syntaliny nie stosowano. W bardzo ciężkich przyp. cukrzycy syntalina nie jest w stanie całkowicie zastąpić insuliny, może jednak pozwoli na zaoszczędzenie 40—45 jedn. insuliny i ograniczenie jej zastrzyków do jednego dziennie, co byłoby dla chorych wielką ulgą. Dawka jednorazowa syntaliny wynosi 20—25 mgr. Autorzy postępują przeważnie w sposób następujący: 1-go i 3-go dnia dają 2 razy dziennie po 25 mgr., 2-go dnia jeden raz 25, a 4-go dnia pauza. Po 3 dniach stosowania syntaliny konieczna jest 24—36 godzinna przerwa, działanie bowiem nagromadzonej w ustroju syntaliny utrzymuje się nadal. Pauza ta jest niezbędnie potrzebna i z tego względu, że w razie podawania bez przerw występują przykre objawy uboczne: brak łaknienia, uczucie ciężaru w okolicy żołądka, przyspieszona perystaltyka, a nawet wymioty lub biegunki,

Reasumując wyniki badań nad wpływem syntaliny na chorych cukrzycowych, autorzy stwierdzają: 1) Syntalina zmniejsza cukromocz i to w ten sposób, że jeden jej mgr. pozwala na wykorzystanie 1,1—1,2 cukru. 2) Usuwa kwasicę cukrzycową. 3) Obniża poziom cukru we krwi poniżej poziomu, przy którem powstaje cukromocz. 4) Usuwa również i inne objawy cukrzycy, jak poliurję i polidypsję. 5) Rozwija swe całkowite działanie nawet u tych chorych, którzy na insulinę stale lub chwilowo nie reagują. 6) Zastępuje z powodzeniem insulinę również u djabetyków z powikłaniami chirurgicznemi.

Autorzy zdają sobie doskonale sprawę, że syntalina bynajmniej nie przedstawia ideału leku przeciwcukrzycowego, są jednak pełni nadziei, że dalsze ich prace pozwolą im wynaleźć lek, który wcale nie będzie wymagał ograniczenia wprowadzonych węglowodanów, albo jedynie w stopniu tak nieznacznym, że ograniczenie to nie będzie uciążliwe dla chorych.

Józef Typograf, (Warszawa).

Beitr. zur Klinik der Tuberkulose.

Tom 61.

E. Brieger: *Fizjologja patologiczna ogólnego odczynu tuberkulinowego*. Do dnia dzisiejszego nie jest ostatecznie rozstrzygnięte zagadnienie, czy przy leczeniu tuberkuliną należy wywoływać odczyn, czy też należy odczynów unikać; większość autorów jest zdania, że słabe objawy odczynu są pożądane i pożyteczne. Koch sądził, że gorączka jest niezbędnym warunkiem stwierdzenia odczynu ogólnego; wiemy jednak, że gorączka jest objawem różnych spraw patologicznych. Erich Meyer i Meyer-Bisch próbowali za pomocą badań nad zachowaniem się gospodarki wodnej ustroju odgraniczyć dwie postaci odczynu ogólnego: burzliwą i łagodną; odczyn połączony z rozcieńczeniem krwi, z retencją białka w tkankach i przybywaniem na wadze nazwali odczynem reparacyjnym, a postać ze zgęszczeniem krwi i spadkiem wagi nazwali — destrukcyjnym. Brieger twierdzi, że badanie gospodarki wodnej nie rozstrzyga zagadnienia. Stosując tuberkulinę zdrowym i chorym na gruźlicę nieczynną obserwowano zatrzymanie białka w tkankach i zwolnienie opadania czerwonych krwinek; po za-

stosowaniu tuberkuliny chorym na gruźlicę otwartą nie obserwowano przyśpieszenia opadania krwinek, pomimo podniesionej ciepłoty. U chorych, którzy reagowali na tuberkulinę „allergicznie", widziano przyśpieszenie opadania, stąd wniosek autora, że jednym z pierwszych objawów szkodliwych odczynu tuberkulinowego jest zakłócenie równowagi białka osocza.

Ostateczne wnioski autora są następujące: 1) pod ogólnym odczynem, połączonym z podniesieniem ciepłoty, kryją się postacie pato-biologiczne: reparacyjna (allergiczna) i destrukcyjna; 2) reakcja wodna Meyera i Meyer-Bischa zawodzi w wielu przypadkach. „Reakcja rozcieńczenia" jest znamienna dla postaci reparacyjnej odczynu; 3) odczyn reparacyjny występuje łącznie z odczynem rozcieńczenia i wyraźnem zwolnieniem opadania krwinek czerwonych; zwolnienie opadania krwinek można stwierdzić bez odczynu rozcieńczenia; 4) postać destrukcyjna odczynu znamionuje się wyraźnem przyśpieszeniem opadania krwinek i brakiem odczynu rozcieńczenia; 5) dla więcej ścisłego rozgraniczenia odczynu reparacyjnego i odczynu destrukcyjnego są niezbędne badania obrazu krwi i obliczenia ciałek eozynochłonnych; 6) podczas stosowania tuberkuliny nie należy wywoływać odczynu.

Walter Landau: *Zmiany anatomiczne i czynnościowe wątroby przy przewlekłej gruźlicy płuc z uwzględnieniem urobilinemji.* Odróżniamy w wątrobie zmiany czysto gruźlicze, które powstały z powodu bezpośredniego zadziałania las. Kocha, i zmiany toksyczne.

Autor chce powiązać zmiany anatomiczne wątroby z obrazem klinicznym gruźlicy płuc, zestawiając ciężkie i lżejsze przypadki gruźlicy płuc ze zmianami spotykanemi sekcyjnie w wątrobie; przychodzi do wniosku, że stłuszczenie i zwyrodnienie tłuszczowe wątroby spotyka się przy ciężkiej gruźlicy płuc, powiązanej z gruźlicą jelit; wszelkie inne zmiany wątroby odpowiadają przypadkom o przebiegu długotrwałym i przewadze włóknistej postaci gruźlicy płuc.

Ta zależność zmian anatomicznych w wątrobie od przebiegu gruźlicy płuc wskazuje, że wątroba jest czynnościowo bardzo obarczona. Obarczenie to polega na czynności zobojętniania produktów rozpadu tkanek, na masowem niszczeniu laseczników, na regulacji wapnia i cholesteryny, stanowiących czynnik obronny przeciwko zakażeniu gruźliczemu.

To znaczenie wątroby w przebiegu gruźlicy płuc musi zwrócić uwagę klinicystów w kierunku badania czynnościowego wątroby. Jako objawy zaburzenia czynności wątroby wymieniają: żółtaczkę, krwotoki, niepokój nocny i majaczenia, pokrzywkę, bronzowa pigmentacja w ustach, smak chininy w ustach, żywy apetyt znikający po pierwszym kęsie, kolejno występujące zaparcie stolca i rozwolnienie, diarrhoea bez gruźlicy jelit.

Jako próby czynnościowe wątroby autor wymienia próbę obciążenia lewulozą, chromoskopją, hiperglikemją alimentarną i urobilinemją. Próba obciążenia lewulozą nie daje oczekiwanych wyników, gdyż daje wynik dodatni dopiero u bardzo ciężko chorych i jest przez tych chorych bardzo źle znoszona.

Co do chromoskopji, to autor posiłkował się indygokarminem lub metylenblauem. Próby te, pomimo, że są bardzo uciążliwe dla chorego, nie dały żadnych wyników. występowały dodatnio przy ciężkich i przy lżejszych przypadkach.

Co do określania cukru we krwi, autor jeszcze ma zbyt mało materjału i ogłosi je później.

Najwięcej względnie znaczenia dla celów rozpoznawczych i rokowniczych autor przypisuje określaniu urobiliny w moczu.

Powstawanie urobiliny w moczu jest zależne od wielu czynników. Zaparcie stolca zwiększa ilość urobiliny, rozwolnienie — zmniejsza. Sposób odżywiania również wpływa na ilość urobiliny. Ilość urobiliny zwiększa się po spożyciu pokarmu białkowego. Ilość urobiliny jest większa w godzinach popołudniowych niż rannych. Niektórzy autorzy twierdzą, że schorzenie nerek obniża ilość urobiliny.

To wszystko przemawia za tem, że jednorazowe jakościowe oraz nawet ilościowe określenie urobiliny nie jest miarodajne.

Wobec tego autor określa urobilinę kilka razy dziennie ilościowo. Opierając się na dotychczasowych metodach określania ilościowego urobiliny, autor przychodzi do wniosku, że wyniki otrzymane są tak różne, że nie można się na tych metodach opierać. Autor wprowadza określanie jednostek urobiliny; z całkowitej dobowej ilości moczu autor określa stopień rozcieńczenia, przy którem otrzymuje zniknięcie fluorescencji.

Jeżeli ilość moczu była 1,5 litra a rozcieńczenia 1/10, to dzieląc 1,5 przez 1/10 otrzymamy 15 jednostek urobiliny. Autor podaje tablicę z zestawieniem 60 przypadków z gruźlicą płuc i przychodzi do wniosku, że przy szybko postępujących zmianach w płucach ilość urobiliny jest większa. Duża ilość urobiliny daje złe rokowanie.

Autor stara się połączyć próbę obarczania żółcią z określeniem urobiliny. Przy dużych zmianach w wątrobie ilość urobiliny znacznie się zwiększa po podaniu żółci.

Opierając się na wyżej przytoczonych danych, autor przychodzi do wniosku, że najmiarodajniejszą próbą czynnościową wątroby jest określanie urobiliny.

V. Wucherpfennig: *Umiejscowienie zespołu pierwotnego i stosunek jego do gruźlicy trzeciorzędnej.* Odnajdywanie zespołu pierwotnego, względnie gruczołów, należących do tego zespołu (ognisko pierwotne w płucu *plus* gruczoły regjonarne) w tych przypadkach, gdzie samo ognisko pierwotne śladu nie pozostawiało dokonywano za pomocą Roentgena, dającego, podług autora i wielu innych badaczy, jaknajdokładniejsze wyniki nie tylko co do miejsca i wielkości, ale i co do jego budowy anatomicznej.

Za gruźlicze przyjmowano jedynie te gruczoły, które dawały cienie ognisk zserowaciałych lub zwapniałych, co podług wielu autorów jest niezawodną cechą ich gruźliczego pochodzenia. Wucherpfennig, jak i Ranke i Puhl idą jeszcze dalej, bo uważają gruczoły takie, jako należące jedynie do gruźlicy pierwotnej, a nie też i do trzeciorzędowej, jak mylnie twierdził Ballin. Wprawdzie podobne zmiany (ogniska zwapniałe i zserowaciałe) wykazują gruczoły chłonne przy gruźlicy wtórnej — t. zw. Pubertätsphthise, lecz przypadków tych, które zazwyczaj b. szybko kończą się letalnie, i w których dlatego za życia zwykle zmian tych konstatować się nie udaje, jest tak mało, że mogą one być zupełnie nie brane pod uwagę.

Na wyniku badań nie mogła również zaważyć i stosunkowo nieznaczna liczba przypadków niegruźliczego pochodzenia, dających również podobne obrazy na zdjęciach, jako to: niektóre sprawy ropne, pylica, kamienie i t. p.

Badaniu poddano 4431 zdjęć, wliczając w to i przypadki ze zmianami gruźlicy trzeciorzędowej.

Stosownie do wskazówek Graeffa i Küpferle każde płuco dzielono na 3 pola: górne, średnie i dolne. Średnie pole odgraniczały: u góry 2-e żebro, u dołu 5-e.

Z tych 4431 przypadków zespół pierwotny znaleziono w 441 = 10% przyp.

Ballin na 2500 przyp. w 43-ch znalazł resztki gruźlicy pierwotnej i tylko w 93-ch = 3,7% wyraźny zespół pierwotny.

Tę niską stosunkowo liczbę Ballina objaśnia autor tem, że Ballin odrzucał przypadki ze zmianami w gruczołach, które uważał za trzeciorzędowe.

441 przypadków zespołu pierwotnego u Wucherpfenniga — było 360 z pojedyńczemi i 84 — z kilkoma ogniskami.

Z 360 przyp. z pojedyńczemi ogniskami — 208 (57,8%) przypada na prawe, 152 (42.2%) — na lewe płuco. Przeważają więc sprawy w praw. płucu. Stwierdzenie zespołów pierwotnych w prawem płucu: w górnem polu — 37 = 10,4%, w średniem — 51 = 14%, w dolnem — 120 = 33,3%, t. j. zwiększenie się ilości kompleks. pierw. w kierunku od góry ku dołowi.

Podobny stosunek stwierdzono i dla lewego płuca: 9.1% do 13,3—19,8%. Stosunek pozostaje ten sam przy rozpatrywaniu przypadków z kilkoma ogniskami.

Spostrzeżenia Ballina wykazują ten sam porządek.

Przy badaniu obydwu płuc razem mamy najwięcej ognisk w prawem dolnem polu, następnie idą kolejno: lewe dolne, prawe średnie, prawe górne, lewe górne.

W przypadkach z kilkoma ogniskami daje się zauważyć pewne odchylenie, a mianowicie: po lewem dolnem następuje nie prawe, lecz lewe średnie, a następnie dopiero prawe średnie (objaśnienia autor nie podaje).

Widzimy więc, że częstość i liczba zespołów pierw. wzrasta równolegle do wzrostu objętości płuca: prawe płuco ma większą objętość od lewego, niżej położone pola — większą od wyżej położonych.

Dane powyższe są nieco rozbieżne z danemi anatomo-patologów, podług których porządek ten z małemi wahaniami jest następujący: prawy górny płat, lewy górny, prawy dolny, lewy dolny, prawy średni. Wszyscy jednak na pierwszem miejscu stawiają prawy górny. Ta rozbieżność tłumaczy się zupełnie innym podziałem płuc: na pola — u autora, na płaty — u anat.-patologów, i odpowiednią projekcją ich na ekranie: górne pr. pole w projekcji na ekranie obejmuje górny i dolny płaty, z lewej strony — każdy z płatów obejmuje wszystkie 3 pola, na średnie prawe pole mogą być projektowane wszystkie trzy płaty, podczas gdy dolne prawe obejmuje tylko części dolnego i średniego płatów *).

Dane Müllera i Klingmanna różnią się znacznie od danych autora, co po części tylko objaśnić się daje również niejednakowym podziałem pól, rozdzielonych przez 2-ie i 4-te żebro, a nie przez 5-te, jak u Wucherpfenniga, przez co średnie pola stają się mniejsze, a dolne odpowiednio większe.

Wobec tych rozbieżności autor uważa za wskazane skontrolowanie danych zarówno swoich, jak Klingmanna i Müllera.

---

*) Uwaga refer.: Dolne prawe pole nie obejmuje jednak górnego płata.

Co do częstości pierw. kompleksów, spotykanych u poszczególnych płci, to tu wszystkie statystyki wykazują zupełną zgodność — przewagę pod tym względem u kobiet.

Ballin znalazł je w 6,53% wszystkich żeńskich i w 4,3% męskich przypadków.

Odpowiednie liczby autora:

Na 2258 przyp. męskich zespołów pierw. stwierdzono 201 razy = 8,9%.

Na 2173 przyp. żeńskich zespołów pierw. stwierdzono 243 razy =11,2%

czyli przewagę żeńskich o całe 26%.

Tę przewagę pierw. kompl. u kobiet tłumaczy autor większą skłonnością ich do spraw o charakterze wysiękowym,a taki charakter posiada gruźlica pierwotna.

Tę samą skłonność kobiet do spraw wysiękowych potwierdzają wyniki podanych niżej 300 badań: przewaga u kobiet przypadków bez zmian trzeciorzędowych (częściej spotykane zespoły pierwotne) 51·46 męskich i przewaga wśród nich gruźlicy wysiękowej — 59,1%:40,9% męskich.

Stosunek zespołu pierw. do gruźlicy trzeciorzędowej.

Na 441 przyp. zespołów pierwotnych stwierdzono:

1) zesp. pierw. bez widocznych zmian trzeciorzędowych — 226 razy = 51%,

2) zesp. pierw. w przyp. lekkich lub sprawach gruźlicz. włókn. — 138 razy = 31%,

3) zesp. pierw. w przyp. o przebiegu łagodnym lub średn. ciężk. — 47 razy = 10,5%,

4) zesp. pierw. w przyp. gruźl. postęp., sprawach wysiękow. z jamami — 33 razy = 7,5%.

Jak stąd wnieść wolno, zespół pierwotny rzadko stosunkowo spotyka się w przypadkach wyraźnych suchot w przeciwstawieniu do przypadków z nieznacznemi zmianami lub bez takich.

Zależeć to może nietylko od przyczyn natury technicznej — znikanie cieni zmian pierwotnych w ogólnym cieniu zmian trzeciorzędowych, bo autor z całej serji zdjęć wybrał specjalnie 300 najbardziej wyraźnych, z tych: 100 bez zmian trzeciorzędowych, 100 — z przeważającemi zmianami wysiękowemi, 100 — z przeważającemi zmianami o charakterze wytwórczym.

Zespół pierwotny stwierdzono:

Na 100 przyp. bez jednoczesnych zmian trzeciorzęd. 97 razy nie znaleziono 3 razy,

Na 100 przyp. ze zmianami przeważnie wytwórczemi — 93 razy nie znaleziono 7 razy,

Na 100 przyp. ze zmianami wysiękowemi 66 razy nie znaleziono aż 34 razy,

czyli — tem więcej zespołów pierw. im lżejsza sprawa.

Liczby te zdają się potwierdzać znany i w klinice fakt, że ognisko pierw. wywołuje względną odporność ustroju, zwalczając doszczętnie lżejsze zakażenie, łagodząc przebieg gruźlicy rozwiniętej.

Reinfekcja zależy więc nietylko od ilości zarazków, lecz stoi w wyraźnym związku z pierwotnem zakażeniem laseoznikiem Kocha: im większe jest ognisko pierwotne, tem większą jest odporność ustroju.

Ostatnie dane zdają się przemawiać przeciwko endogennemu sposobowi zarażenia gruźlicą. Ciekawe dane Königsfelda i Puhl'a, przemawiają na jego korzyść.

Sam autor nie zajmuje w tej kwestji określonego stanowiska, uważając, że i egzogenna i endogenna teorja mają dosyć danych, przemawiających na ich korzyść. Prawdopodobnie, zarażenie następuje jedną i drugą drogą.

Zespół pierwotny nie jest podług niego, jak twierdzi Gross, niewygasającem źródłem infekcji, stanowi raczej, używając określenia Hayecka, t. zw. ośrodek siły (Kraftzentrum).

K. B. G. (Łódź).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

„W dniu 30 maja b. r. rozpoczyna swe obrady ***IV Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej*** *mający na celu udoskonalenie higjeny pomocy leczniczej wśród sił zbrojnych wszystkich państw cywilizowanych świata Jak doniosłe znaczenie mogą mieć obrady tego Kongresu możemy sobie uprzytomnić, gdy uwzględnimy, że służba wojskowa jest obecnie wszędzie powszechnie obowiązującą, że podlegają jej zatem wszystkie zdrowe jednostki narodów i że wskutek tego warunki higjeniczne i lecznicze, w jakich żołnierz spełnia swój obowiązek, czy to podczas pokoju, czy wojny, nie mogą być obojętne dla poszczególnych społeczeństw, gdyż głęboko wnikają w ich strukturę i zdrowotność ogólną. To też i redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej wita z wielką radością IV Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej i życzy Mu na tej drodze owocnej dla dobra społeczeństwa pracy".*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe w dniu 1 października 1926.

1. Kol. Kuhl pokaz.

2. Kol. Ostrowski Tadeusz przedstawia *przypadek guza opony twardej;* stan chorego po dokonanej operacji stale poprawia się.

Kol. Griffel przedstawia powyższy przypadek ze strony neurologicznej.

W dyskusji przemawiał kol. Schramm i Arend.

3. Kol. Węgłowski przedstawił: 1) *przypadek przeszczepienia żyły w tętnicę ramienną.* a) Chory inwalida był już demonstrowany w Towarzystwie lek. w maju b. r. przed operacją. W r. 1918 był ranny kulą karabinową w lewe ramię, wskutek czego powstał tętniak tętnicy ramiennej w górnej części z przetoką żylną. Żyły stopniowo rozszerzały się, zastawki żylne nie mogły powstrzymać parcia krwi tętniczej i w ten sposób we wszystkich żyłach nawet drobnych można było stwierdzić tętnienie. Tętno żył widoczne było pod skórą w *v. cephalica* która była rozszerzona do grubości palca i wygięta zygzakowato. Wobec tego, że podwiązanie tętnicy lub szew tejże, ze względu na możliwość obumarcia kończyny, nie były wskazane, mówca wykonał przeszczepienie tej żyły w ubytek tętnicy ramiennej po wycięciu tętniaka. Przebieg pooperacyjny bez powikłań; już na 3-ci dzień po operacji owrzodzenia na palcach i na przedramieniu zaczęły się zmniejszać, przesychać, obrzęk szybko ustępował i po 6-ciu tygodniach chory mógł zupełnie dobrze władać ręką. Ręka przybrała normalny wygląd, przeszczepiona żyła tętni bardzo energicznie.

b) *przypadek szwu tętnicy udowej.* Szeregowiec był ranny w kwietniu br. podczas ćwiczeń odłamkiem pocisku w górną część prawego uda. Skierowany był do szpitala wojsk. w Chełmie gdzie przebywał 6 tyg.; u górnej połowy prawego uda wytworzył się olbrzymi obrzęk, który stopniowo posuwał się ku dołowi i zajął stopę. Chory zaczął goraczkować, wobec czego leczący lekarz zrobił cięcie na wewnętrznej stronie uda, lecz, zamiast ropy, szeroką strugą polała się krew. Rana była zaszyta i chory bezzwłocznie był przewieziony do Lwowa, gdzie stwierdzono urazowy tętniak tętnicy udowej z przetoką żylną. Chory natychmiast był operowany, przy operacji okazało się, że tętnica miała połączenie z żyłą za pomocą otworu 1½ cm. szer. Otwór w żyle oraz w tętnicy zaszyto szwem bocznym. Po należytem odosobnieniu tętnicy za pomocą mięśni i powięzi ranę zeszyto całkowicie. Drugą ranę po cięciu poprzedniem wykonanem w Chełmie, otwarto, poczem wylało się nieco krwi zropiałej, założono szklany sączek. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, sączek usunięto na 5-ty dzień, po 4-ch tygodniach chory mógł używać kończyny, która przybrała zupełnie normalny wygląd. Zeszyta tętnica dobrze tętni tętno w tętnicy tylnej stopy dobrze się wyczuwa, jest tylko nieco słabsze, niż po stronie zdrowej.

W dyskusji kol. Ostrowski Tadeusz odnośnie do przypadku tętniaka tętniczo-żylnego, omawianego przez kol. W., zwraca uwagę, że zmiany w odżywieniu kończyny mogły zależeć nie tylko od zmian w krążeniu, t. j. od tego, że krew tętnicza wpływała do układu żylnego, ale od zaburzeń w układzie nerwowym okołotętniczym. Uszkodzenie tętnicy musiało wywołać zmiany w układzie nerwowym, tembardziej powstaniu tętniaka musiałyby towarzyszyć zmiany w tym układzie, odgrywającym tak ważną rolę w sprawach „troficznych" kończyn; prace Leriche'a, sympatektomja periarterjalna dają podstawę do przypuszczenia, że nie tylko skierowanie krwi tętniczej do właściwego jej koryta dało wynik leczniczy dodatni, ale również zabieg na tętniaku, połączony z przecięciem tętnicy ramieniowej, mógł analogicz-

nie do zabiegu Leriche'a dać poprawę co do zaburzeń odżywiania kończyny. Przypuszczenie to popiera O. wynikami operacyjnemi otrzymanemi w kilku przypadkach tętniaka *art. brachialis*, gdzie nie wykonywał operacji wytwórczych, lecz jedynie podwiązanie tętnicy podwójne t. j. dośrodkowo od tętniaka i obwodowo, wobec utrzymującego się krwawienia z końca obwodowego tej tętnicy, zależnego od krążenia ubocznego.

4. Kol. Rencki Roman wygłosił: *„Leczenie gruźlicy płuc przetworami złota"* (ogłoszone w P. G. Lek.).

Kazimierz Tyszka, sekretarz doroczny.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.

Oddział Warszawski.

Protokół posiedzenia odbytego dnia 15 lutego 1927 r.

Obecnych na posiedzeniu osób 80.

Przewodniczący: Prof. J. Tur.

1. Prof. Tur powitał w imieniu Warszawskiego Towarzystwa, przybyłego z Montpellier Prof. Turchini. Prof. Turchini dziękował za gościnne przyjęcie.

2. P. M. Gieysztor zreferował pracę pod tytułem: *„Cechy morfologiczne Rhabdocoelida w zastosowaniu do systematyki"*.

W dyskusji zabierali głos: Prof. K. Janicki i Prof. J. Tur.

3. Dr. P. Słonimski: *„O konserwowaniu metodą Jores'a.* Mówca omówił kolejno metody konserwowania okazów muzealnych z zachowaniem ich barw naturalnych, zwracając uwagę na podstawy chemiczne omawianych metod. W końcu przedstawił szczegółowo technikę konserwowania okazów anatomicznych i embrjologicznych według metody Joresa — popierając swe wywody szeregiem pokazów.

4. Prof. Turchini przedstawił fluorescencję tkanek pod wpływem promieni lampy Wooda przepuszczonych przez filtr własnej konstrukcji (filtr przepojony solami niklu).

5. Dr. St. Leśniowski: *„Nadmierne żyły śródkościa w przypadku guza n. słuchowego"*. Referent przedstawił pokrywę czaszki i roentgenogramy z rozległym przerostem układu żył Brecheta, pochodzące od chorej, u której w ciągu lat 20 rozwinął się typowy obraz kliniczny guza kąta mostowo-móżdżkowego. Guz mikroskopowo okazał się nerwiakiem. W powstawaniu tak rozległego układu żył śródkościa podkreśla L. długotrwałość sprawy i utrudnienie odpływu żylnego z jamy czaszki w następstwie nadmiernej wązkości otworów szarpanych tylnych.

Protokół posiedzenia odbytego dnia 17 marca 1927.

Obecnych na posiedzeniu 19 osób.

Przewodniczący: Prof. J. Tur.

1. Zatwierdzenie protokołu posiedzenia poprzedniego.

2. Prof. W. Roszkowski zreferował pracę pod tyt.: *„Z anatomji błotniarki Pseudosuccinea peregrina"*.

W dyskusji zabierali głos: Prof. Tur i prof. Loth.

3. Dr. Freyówna przedstawiła rdzeń i preparaty drobnowidzowe z przypadku tętniaka splotowatego rdzenia. Tętniak w poszczególnych odcinkach wciskając się w głąb rdzenia niszczy znacznie jego miąższ, szczególnie odcinek C 7. Uderzał brak objawów klinicznych u chorego. Referentka uważa przedstawiane zmiany za sprawę wrodzoną, za hamartoma w pojęciu Albrechta.

4. Dr. Z. Messing przedstawia preparaty mikroskopowe z 2 przypadków guza uchyłku bocznego, gdzie równocześnie w móżdżku i tkance były obecne szczeliny. Po dokładnem omówieniu budowy histologicznej wspomnianych szczelin referent dochodzi do wniosku, że są one pochodzenia wrodzonego i wiąże powstawanie ich z nieprawidłowością pączkowania bocznego IV. komory w okresie tworzenia się zaułka bocznego po stronie patologicznej.

W dyskusji Prof. Tur zaznaczył, że przedstawione zmiany uważa za sprawę pochodzenia platyneurycznego.

5. Dr. J. Grzybowski przedstawił noworodka dotkniętego mnogiemi wadami rozwojowemi: *syndactylia* z ukrytą polidactylją na wszystkich czterech kończynach, całkowity brak pęcherza żółciowego, defekty w rozwoju czaszki, mózg o niezwykle silnym rozwoju części węchowych i wzrokowych.

W dyskusji zabierał głos Prof. J. Tur.

Dr. J. Grzybowski, sekretarz.

NEKROLOGJA.

Dr. Edward Kohn, senior lekarzy miejscowych, honorowy członek Tow. lek. Częstochowskiego, zmarł w Częstochowie w wieku lat 78, w dniu 11 kwietnia.

Studja lekarskie rozpoczął w r. 1868 w Szkole Głównej Warszawskiej, skąd wyniósł szczytne hasła współczucia dla chorych, obowiązku względem społeczeństwa oraz zdrowie ducha, które Go cechowało do końca życia.

Przed laty 40 przybył z Nasielska do Częstochowy, i brał tu udział w pracach szpitalnych Biegańskiego. Jako człowiek czynu i pracy, w ciągu najbliższych lat zajął stanowiska lekarskie w fabrykach, pełniąc w ciągu dziesiątek lat obowiązki lekarza fabrycznego ku zadowoleniu zarówno przemysłowców, jak i robotników. Zmarły był postacią popularną w mieście zarówno jako lekarz, jak i niezmordowany działacz społeczny: był On ławnikiem magistratu, radnym miejskim, prezesem Tow. Dobroczynności dla żydów, dyrektorem Tow. Kredytowego; był inicjatorem budowy Szpitala na Zawodziu; w czasie wojny stał na czele Komitetu doraźnej pomocy, zorganizował kroplę mleka; do ostatnich niemal dni życia był niezwykle czynnym prezesem Tow. Dobroczynności.

Jako Kolega był wysoce uczynnym i bezstronnym, jako lekarz posiadał cenne cechy lekarzy dawnej szkoły, dążył do chorych w dzień i w nocy, umiał nieść pociechę cierpiącym. Był sumiennym i pożytecznym członkiem Tow. lekarskiego, pełniąc kolejno obowiązki bibljotekarza i skarbnika.

Pogrzeb tak zasłużonego lekarza i obywatela odbył się w dniu 13 kwietnia przy udziale przedstawicieli Zarządu miasta, instytucyj, lekarzy in gremio. Nad grobem przemawiali Koledzy Batawia, Łokczewski i Bram.

Cześć Jego pamięci!

K. Łk.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Z Uniwersytetu Warszawskiego: I. Min. W. R. i Ośw. Publ. zatwierdziło następujące habilitacje na Wydziale Lekarskiem Un. Warsz. 1) Dra Henryka Becka w zakresie położnictwa i ginekologji. 2) Dra Bolesława Gutowskiego — w zakresie fizjologji. 3) Dra Juljusza Zweibauma — w zakresie histologji. II. Docent fizjologji Dr. Bolesław Gutowski otrzymał stypendjum fundacji Rockefellera i wyjechał na studja w zakresie fizjologji do Londynu.

Zarząd Główny Związku Lekarzy Państwa Polskiego ogłasza konkurs na stanowisko Sekretarza Generalnego Związku Lekarzy Państwa Polskiego (lekarza). Lekarze ubiegający się o to stanowisko winni składać oferty wraz z curriculum vitae do dnia 1-go czerwca r. b. w kancelarji Związku, Warszawa, Widok 23 w godz. 20—21, gdzie będą udzielane informacje co do warunków.

Lwów.

Komitet Organizacyjny Koła Akademików Kresów Zachodnich zwraca się do wszystkich Instytucji lekarskich potrzebujących pomocniczych sił lekarskich na okres wakacyjny t. j. od dnia I. lipca do dnia I. października b. r. z prośbą o poinformowanie o tem Komitetu. W Kole znajdują się studenci medycyny wszystkich lat studjów oraz absolwenci medycyny, którzy chętnie przyjęliby stanowiska pomocnicze w sanatorjach, zdrojowiskach, szpitalach i t. p. na okres wymieniony. Adres Komitetu Organizacyjnego Koła Akademików Kresów Zachodnich: Lwów, ul. Gliniańska 10. I. p. (W. Bross).

Walne Zebranie Delegatów Tow. lekarzy polskich b. Galicji odbędzie się w niedzielę dnia 5 czerwca b. r. w Morszynie z następującym porządkiem obrad: 1. Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zebrania; 2. Sprawozdanie z czynności Rady Zawiadowczej za r. 1926; 3. Sprawozdanie skarbnika i komisji rewizyjnej; 4. Przyznanie wsparć stałych; 5. Wnioski i interpelacje.

Sprawozdanie Opieki Zdrowotnej lwowskich szkół akademickich za rok szkolny 1925/26. W drugim roku swojego istnienia obejmowała ta organizacja 8.448 studentów i studentek będąc czynną przez 9 miesięcy roku szkolnego. Opłata wynosiła od studenta 9 zł. rocznie, co uczyniło sumę 73,877 zł. Prócz tego Gener. Dyr. Służby Zdrowia udzieliła 2000 zł. na zwalczanie chorób wenerycznych. Świadczenia przyznawano wszystkim studentom zapisanym. Szczupły stan funduszów spowodował w ciągu roku szkoln. ograniczenie pewnych świadczeń i tak np. leki (z wyjątk. przeciwwenerycznych) wydawano odtąd w umówionych aptekach za opłatą połowy ceny (poprzednio zupełnie bezpłatnie). (Na rok szkolny 1926—27 podwyższono też opłatę z 9 na 12 zł.). Opieka lekarska obejmowała wszelkie działy chorób i sposoby leczenia. Umówieni lekarze kliniczni prowadzili

poradnie w klinikach, leczenie zębów było w rękach 4 lekarzy prywatnych jak również i dermatologja dla studentek. Dwóch lekarzy odwiedzało obłożnie chorych studentów w domach. Ruch chorych wykazał cyfry nadspodziewanie wysokie, gdyż 7,859 osób, przyczem wiele osób korzystało z kilku do kilkudziesięciu porad. Największy ruch był w stomatologji (2653 osób) potem w zakresie chorób wewnętrznych (1852, w tem 182 przyp. gruźlicy), następnie ocznych (1182), skórnych i wenerycznych (902 osób), uszu, nosa i gardła (672 osób) i chirurgicznych (314 osób). Wydano 5611 recept, leczono w lecznicach przeciwgruźliczych 82 osób, wydano szkieł 458. Wydatki Opieki Zdrowotnej wyniosły 74,239 zł. Ogółem leczono 22 przypadków kiły, 198 rzeżączki wyjęto 2,477 zębów, wypełniono 4052 zębów. Stomatologja kosztowała 31,306 zł. czyli koszty leczenia jednego studenta w dziale stomatologicznym wynosiły średnio 11.80 zł., koszty leczenia w o g ó l e wynosiły przeciętnie od osoby 9.44 zł. Chorych gruźliczych umieszczano na okres dwumiesięczny w lecznicach w Zakopanem, Hołosku lub Worochcie, ciężko chorych w Szpitalu Klimatycznym w Zakopanem. Były to największe wydatki po stomatologji (13625 zł.). D o m Z d r o w i a Opieki Zdrowotnej w Mikuliczynie (vide P. Gaz. Lek. r. 1925 str. 841) nie mógł być ukończony z powodu braku funduszów mimo zasiłku przeszło 15,000 zł. ze strony senatu uniwersytetu J. K., 10,000 zł. od ministerstwa W. R. i O. P. oraz 5,858 zł. od Politechniki lwowskiej i Akademji Weterynarji. Do wykończenia i urządzenia lecznicy trzeba jeszcze przeszło 100,000 zł. Opieka Zdrowotna pozostaje pod kierownictwem Komisji Senatu Akademickiego dla spraw młodzieży z przybraniem delegatów z grona profesorów Politechniki lwowskiej i Akademji Medycyny Weterynaryjnej oraz delegatów młodzieży wszystkich trzech szkół akademickich we Lwowie. Twórcą Opieki Zdrowotnej lwowskiej jest prezes Komisji Prof. Dr. H. Halban, niestrudzony opiekun młodzieży akademickiej.

Poznań.

Dnia 13 maja b. r. (w piątek), odbyło się w Zakładzie Mikrobiologji Lekarskiej o godzinie 8'15 po poł. Zebranie Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk z następującym porządkiem obrad. 1) Prof. Dr. Padlewski: Jerzy Gabryczewski, 20-letnia rocznica Jego śmierci. 2) Doc. Dr. Adamski: O epidemjologji żółtaczki zakaźnej i roli krętków wodnych z uwzględnieniem badań własnych. 3) Dr. Piasecka-Zeylandowa: Statystyka badań krwi sposobem Wassermanna, wykonanych w Zakładzie Mikrobiologji Lekarskiej U. P. w r. 1926.

VII. Z j a z d I n t e r n i s t ó w P o l s k i c h, odbędzie się w dniach 26, 27, 28, i 29 września 1927 w Poznaniu. Jako tematy programowe wyznaczył ostatni Zjazd: Na pierwszy dzień: Kwasica ref. prof. dr. Jakób Parnas ze Lwowa, Doc. dr. Aleksander Oszacki z Krakowa. Na drugi dzień: Duszница oskrzelowa. Ref. prof. dr. Wincenty Jezierski, prof. dr. Henryk Lubieniecki obaj z Poznania. Prosimy uprzejmie o zgłoszenie pokrewnych powyższym tematom referatów, jako i o referaty z wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Referaty powinny być przesłane wraz z dokładnym tytułem i ich streszczeniem (artykuł 14 Regulamin) do dnia 15 sierpnia 1927 do Komitetu miejscowego na ręce p. prof. Jezierskiego lub dr. Jagielskiego, obaj w Poznaniu, Szpital Miejski, ul. Szkolna 14 celem umieszczenia referatu na porządku dziennym obrad. Przedewszystkiem uwzględnia się prace członków zwyczajnych i honorowych T. I. P. Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, który został przyjęty przez Zarząd Koła lub przez Zarząd Główny w Warszawie po piśmiennem zgłoszeniu się. Składka na Zjazd wynosi 20. zł., które należy przesłać wraz z zgłoszeniem. Bliższych informacji udziela sekretarjat Zjazdu Poznań, ul. Szkolna 14. Szpital Miejski. Za komitet miejscowy: Prof. Dr. Jezierski, przewodniczący.

Z Kraju.

Ukazał się Nr. II. „Letniska w Cieszynie", wydawanego przez komitet turystyczny w Cieszynie. Jest to broszurka wydana bardzo starannie, na której treść składają się: krótki opis dziejów miasta, wykaz zakładów leczniczych, a przedewszystkiem kąpielowych a wreszcie spis lekarzy. Osobny rozdział poświęcony jest opisowi położenia miasta i jego okolicy, jako terenu turystycznego. Treść bogato ilustrowana. Zarówno opis zakładów leczniczych, jakoteż warunków mieszkaniowych i terenowych stawiają miasto Cieszyn jako letnisko w bardzo korzystnem świetle.

T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e Z a g ł ę b i a D ą b r o w s k i e g o. Komunikat. Doroczne Zebranie Ogólne Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu w dniu 26 stycznia 1927 r. przyjąwszy do wiadomości motywy podane przez Zarząd T-wa (nieodpowiednie postępowanie p. Dra Metery w stosunku do p. Dra Kosibowicza, które wywołało zatarg, uchylenie się od wyroku Sądu Koleżeńskiego przy T-wie Lekarskiem, zwołanego na prośbę p. Dra Metery, łamistrajkowstwo) wykluczyło p. Dra Meterę z grona T-wa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

M i ę d z y n a r o d o w e K u r s y u z u p e ł n i a j ą c e w B e r l i n i e, odbędą się przy pomocy Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Berlińskiego, staraniem Związku docentów tegoż Uniwersytetu tudzież organizacyj wchodzących w skład fundacji p. t.: „Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen (Kaiserin Friedrich-Haus) w czasie od 15 września do 31 października 1927 r. W programie jesiennym tych kursów są przewidziane: 1) Kurs poglądowy na wszystkie działy medycyny wewnętrznej ze szczególnem uwzględnieniem nowoczesnego lecznictwa (14 dni). 2) Kurs poglądowy w dziedzinie chorób żołądka i kiszek. 3) Kurs poglądowy w dziedzinie chorób dziecięcych. 4) Kurs poglądowy w dziedzinie chorób kobiecych. 5) Kurs specjalny dla lekarzy zajmujących się chorobami gardła, nosa i uszów. 6) Kursy szczegółowe w rozmaitych dziedzinach medycyny połączone z ćwiczeniami praktycznemi. Nadto przewidziane są stałe kursy specjalne w rozmaitych dziedzinach medycyny połączone z ćwiczeniami praktycznemi, mające trwać zwyczajnie przez przeciąg 4 tygodni ,a nadto hospitowanie na klinikach i w szpitalach, tudzież w pracowniach, przeznaczone dla tych lekarzy, którzy mają zamiar dłuższy czas (co najmniej przez 2—3 miesięcy) pracować praktycznie pod kierunkiem. Bliższych wyjaśnień można zasięgnąć: Geschäftsstelle für Internationale ärztliche Fortbildungskurse, Berlin NW6, Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus.

II M i ę d z y n a r o d o w y K u r s s p e c j a l n y d l a l e k a r z y z zakresu chorób kobiecych i sercowych odbędzie się w Francensbadzie w czasie od 22 do 26 maja1927. Szczegółowy program wykładów obejmuje nazwiska następujących uczonych: Prof. Gauss z Würzburga, Prof. Kaufmann z Wiednia, Prof. Frigyesi z Budapesztu, Doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy, Prof. Hasenfeld z Budapesztu, Prof. Wenckebach z Wiednia, Prof. Strassmann z Berlina, Prof. Novak z Wiednia, Prof. Pötzl z Pragi, Prof. Wiechowski z Pragi, Prof. Sellheim z Lipska, Prof. Heimann z Wrocławia, Prof. Brugsch z Berlina, Prof. Heubner z Götyngi. Uczestnicy kursu mogą korzystać z wolnych mieszkań, wraz z całem bezpłatnem utrzymaniem przez cały czas trwania kursu, tudzież z bardzo wydatnych ulg w kosztach podróży. Zgłoszenia należy kierować pod adresem. Die Geschäftstelle des II Internationalen ärztlichen Spezialkurses F r a n z e n s b a d C. S. R. Stadthaus.

Sprostowanie pomyłek druku.

1) W numerze 20-tym Polsk. Gaz. Lek. z 15 maja b. r. na stronicy okładkowej w spisie rzeczy zestawionym w języku francuskim „Sommaire" w wierszu 2-gim i trzecim zamiast: „natales et etrangères" ma być: „naturelles et artificielles".

2) W tym samym numerze na stronicy 382 w pracy Al. Baurowicza p. t.: „Zmiana uciskadła Mikulicz-Stoerk" w tytule pracy zamiast: „Stoeck" ma być „Stoerk", tosamo w ustępie pierwszym tej pracy wiersz 6-ty.

3) W numerze 21-tym Polsk. Gaz. Lek. z 22 maja b. r. na stronicy 406 w pracy Prof. Gieszczykiewicza p. t.: „W sprawie polskiego słownictwa bakterjologicznego":

a) szpalta 1-sza, ustęp trzeci,wiersz 9-ty zamiast: „Jankowski" ma być: „Jakowski",

b) szpalta 2-ga, wiersz 30 zamiast „Eissenberg" ma być: „Eisenberg", wiersz 34 zamiast „mętwik" ma być „mątwik", w wierszu ostatnim zamiast „Jankowski" ma być „Janowski",

c) strona 407, szpalta 1-sza, ustęp 3-ci, wiersz 6-ty: zamiast „chcą" ma być „chcąc",

d) strona 407, szpalta 2-ga, ustęp drugi, wiersz 8-my zamiast „a nie wie" ma być „a nie każdy wie", w tym samym ustępie wiersz 13-ty zamiast: „przecijad" ma być „przeciwjad".

Redakcja otrzymała:

M. Wł. Mikułowski: „Troubles de l'équilibre humoral chez l'enfant. Odb. z Archives de medecine des enfants. Tome XXX, Nr. 3, Mars 1927.

Ten sam: „Ein Beitrag zur Klinik der Vagotonie, Ein neues vasculo-endokrino-vegatatives Syndrom mit Cylindrurie. Odb. z Monatschrift für Kinderheilkunde 35 Band.

St. Meysner: „O leczeniu gruźlicy płuc sanochryzyną". Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt 1-3 z r. 1927.

F. Walter: Rzeżączka u mężczyzn. Zeszyt III. Lekarza Praktyka. Nakładem okręg. Związku Kas chorych w Krakowie.

Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od 1. I. do 31. XII. 1926 r.